

Conversando entre parteras

Boletín N° 27, primavera 2001



*Grupo Ticomé, A.C.
Documentación, Red y Servicios de Partería*

Índice

| | |
|---|----|
| Editorial | |
| Buzón | 1 |
| Aquí los papás cuentan | |
| Maravilloso nacimiento | 4 |
| Entre madres | |
| La iniciativa de parto amigable | 6 |
| Diez Pasos de la Iniciativa de Parto | |
| Amigable para la Madre | 7 |
| Hablando de mi cesárea | 9 |
| Círculo de educadoras | |
| Nuestro derecho | 10 |
| Motivando a las mujeres jóvenes | |
| para que sean parteras profesionales | 11 |
| Entre parteras | |
| La anestesia epidural durante el parto | 14 |
| Lo que puedes hacer para evitar una | |
| cesárea innecesaria | 15 |
| Un día con Sheila... | 17 |
| Cómo me hice partera | |
| ¿Quién va a querer venir conmigo si las | |
| mujeres prefieren ir con las viejitas? | 18 |
| Salud de las mujeres | |
| Infección vaginal por Gardnerella | 19 |
| Lactancia y vínculo con el recién nacido | |
| La importancia del vínculo afectivo | 20 |
| Los médicos hablan | |
| El parto en agua no es nada nuevo | 21 |
| Recordando nuestras tradiciones | |
| Investigación sobre prácticas de la | |
| partería tradicional de India | 22 |
| Informando | |
| VII Convención Anual de Parteras y | |
| IV Curso de Partera a Partera en S.L.P | 24 |
| Primer Foro Regional de Parteras | |
| Tradicionales | 25 |
| Recetas, trucos y demás | |
| Para ayudar a acomodar a un bebé que | |
| viene "posterior" | 26 |
| Recomendaciones para la Atención del | |
| Parto Normal | 27 |
| Alrededor del mundo | |
| Conferencia Internacional sobre la | |
| Humanización del Parto y Nacimiento | 28 |
| Declaración de Ceará | 29 |
| Red Latinoamericana y del Caribe para la | |
| Humanización del Parto y Nacimiento | 30 |



Conversando entre parteras
Año 8, núm. 27, primavera 2001

Editorial

Queridas amigas y lectores de **Conversando entre Parteras**:

Me siento muy apenada porque este año hemos tardado desde la primavera hasta el invierno -casi un embarazo- para que *Conversando...* aparezca. Nuestro pequeño grupo va creciendo en responsabilidades y retos que, a su vez, llenan la agenda de actividades, por ejemplo: encuentros con parteras de otros estados del país y otras regiones del continente; multiplicación de los espacios en donde Ticime presta sus servicios; expansión de las tareas de comunicación y promoción, facilitadas por el Internet y el correo electrónico. Así se nos van pasando las semanas y los meses, postergando la edición de esta revista. Por otro lado, la consecución de apoyo financiero está cada vez más difícil y, aunque a veces conseguimos la impresión sin costo o donativo del papel, hacer estos trámites nos requieren de más energía y tiempo retrasándose así el proceso de producción.

Lo que equilibra la balanza, y gracias a ello no hemos desistido de nuestro compromiso, es darnos cuenta de la necesidad de tener información actualizada y veraz. Parteras, médicos, educadoras y otros involucrados en la atención al parto y nacimiento, así como mujeres embarazadas y hombres por convertirse en padres, debemos revisar con una mente más crítica las tendencias que circulan a nuestro alrededor que consideran el parto como un evento quirúrgico necesariamente vigilado por especialistas, confirmado por ultrasonidos y monitoreado por aparatos.

Revisemos nuestra actitud de creernos todo lo que medios masivos de comunicación nos hacen llegar (tv, periódicos, muchas revistas y ahora también el Internet), de sentirnos atemorizadas por las historias de horror platicadas en familia, y desconocer opciones que toman más en cuenta el sentir de las usuarias y no tanto las necesidades médicas y hospitalarias.

Si no leemos y nos preparamos, difícilmente podremos defender nuestro derecho a un parto suave y respetuoso, además de seguro, a defender la integridad de nuestros cuerpos. Por el contrario, con nuestra desinformación y miedo apuntalamos, cada día más, la corriente deshumanizante.

Esta situación, desafortunadamente, no es privativa de México, sino que abarca a muchos países del Continente, pero en algunos como Brasil, desde principios de los años 90 se ha estado trabajando por revertir esta tendencia, mediante diversas iniciativas a lo largo y ancho del país, tales como: fortalecimiento y autonomía de otras profesionales como la enfermera obstétrica; apertura de casas de partos para dar atención profesional a nivel primario; apoyo a parteras tradicionales para organizarse, hacer caso a sus demandas y entrenar a quienes se encargan de capacitarlas. En clínicas de segundo nivel, se está promoviendo la inclusión de cuartos L-P-R (labor-parto y recuperación) en donde la mujer permanece acompañada de su pareja, adopta las posturas que desea y no es separada de su bebé.

Las mujeres jóvenes necesitan saber que entre más natural sea su experiencia del parto, más refuerzan en sí mismas su poder y validan su intuición y sabiduría como expertas de sus propios procesos. Deshacerse de su miedo y saberse vencedoras es una ganancia para toda la vida. Asumir ese poder, el de decidir sobre sus cuerpos, no sólo es recuperar el parto para sí mismas sino también el nacimiento con respeto y dignidad para sus bebés.

Ojalá que en México y en otros países el esfuerzo de unos pocos por humanizar el parto y el nacimiento, vaya convirtiéndose en un río caudaloso que atraviese las fronteras, y eligue a todas las mujeres y hombres que se aproximan a esta vivencia.

Con un abrazo esperanzador y lleno de buenos deseos para ustedes en el comienzo del siglo 21.

Laura Cao Romero



Buzón

Estimadas Señoras:

Saludando al grupo de parteras de México y al programa T cime de parte del programa QULLA UTA (Centro de Medicina Tradicionales y Religión Andina) de Bolivia-Qullasuyu.

Somos un grupo de mujeres y hombres aymaras que trabajamos juntos en la ciudad de la Paz en el área rural atendiendo a la gente en salud y también investigando los conocimientos tradicionales.

El equipo de QULLA UTA se compone de Valentina Chipana (partera), Carlos Yujra (yatiri-especialista ritual), Virginia Orosco (naturista y administradora), Edmundo Blanco (coordinador área rural), Ramona Cahuana (encargada tienda), Petty Zerda y Javier Mendoza (psicólogos) y Jacqueline Michaux (antropóloga).

En cuanto a la partería, Valentina Chipana la partera, se ocupa de los controles prenatales, partos, y cuidados postparto. Ha bastante interés por parte de las mujeres aymaras por ser atendidas por una partera, tanto en la ciudad como en las comunidades, porque las mujeres temen mucho a los médicos y por que los médicos no usan las prácticas tradicionales como son frotaciones para acomodar el bebé, poncheada, manteo, etcétera.

Aquí, las parteras somos rechazadas por los médicos que dicen a las mamás "no te vas a hacer tocar por la partera". Tratan de convencer a las mujeres que las parteras no saben, que el único que sabe es el médico. El médico rechaza todos los mates medicinales y las prácticas de las parteras aymaras.

Aquí atendemos: partos normal, parto natural, partería tradicional y también profesional, planificación familiar, lactancia materna, sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, y derechos reproductivos.

Quisiéramos contactar con otras parteras, porque estamos aisladas. Quisiéramos tener contacto con ustedes, para intercambiar ideas e informaciones. Nos interesa mucho su revista trimestral y su cuadernillo *Conversando entre*

Parteras y saber cómo podríamos conseguirlo, también saber si hay encuentros internacionales de parteras indígenas para poder participar.

Deseándoles lo mejor en sus actividades, nos despedimos de ustedes con nuestro más sincero saludo.

**Valentina Chipana
Partera QULLA UTA
"Centro de Medicinas Tradicionales y Religión Andina"
Casilla 12283 La Paz, Bolivia**

Queridas compañeras:

Queremos enviarles un gran abrazo y felicitarlas a nombre de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal por el nuevo espacio con que contará Ticime en Tepoztlán, Mor.

Siempre es un gusto que una organización hermana e integrante de nuestra Red vaya creciendo y fortaleciéndose cada vez más, sobre todo cuando su objetivo es mejorar las condiciones de salud de las mujeres de nuestro país.

Enhorabuena.

**Patricia López
Gabriela Infante
Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal**

Queridas amigas:

Nos dio mucho gusto recibir su invitación para la inauguración de la Posada de Nacimiento. Lamentamos no poder estar con ustedes en ese día tan importante, pero en nuestros pensamientos estamos celebrando junto a ustedes. Conocemos el gran esfuerzo y compromiso personal para hacer posible ese proyecto. Pueden sentirse orgullosas de haberlo logrado.

Felicidades y los mejores deseos por las madres saludables y felices. Esperamos que tengan un día de éxito con muchos y muchas visitantes.

Con nuestras más calurosas felicitaciones.

**Irene y Urs Lohner
Suiza**

¡¡Felicidades!! por la Posada de Nacimiento. Definitivamente la mejor noticia que he recibido hoy.

Les mando mis mejores deseos por una inauguración feliz.

Abrazos.

**Joni Nichols
Doula, Guadalajara, Jal.**

¡Felicitaciones Ticime! Gracias por invitarme a la inauguración de la Posada, desafortunadamente no podré

estar con ustedes pero, les mando mis felicitaciones, ¡abrazos y besos para todas!

Sinceramente.

**Diane Holzer
Partera, Cal. EUA**

Queridas Ticime:

Me da mucho gusto que la posada sea una realidad. Sé de manera directa el gran esfuerzo, dedicación y amor que han puesto en este trabajo. Aunque no puedo estar presencialmente con ustedes, saben muy bien que de corazón y espíritu siempre las acompañó.

Felicitaciones.

**Dr. Manuel Moreno
UNICEF México**

¡¡Felicidades!!

Gracias por avisarme del estreno de la Posada me siento tan feliz por ustedes y por las mujeres en general.

Un abrazo.

**Alison Bastien
Partera**

San Miguel de Allende

Queridas hermanas:

Me daría mucho gusto asistir a la inauguración de su posada. ¡Muchas felicitaciones! Trataremos de llegar ese día para ser testigos de esa ocasión tan especial. Muchas, muchas felicitaciones y espero que reciban muchísimos bebés en este lugar y salgan adelante con sus metas para atender mujeres embarazadas y sus familias.

Con cariño.

**Jen Goldberg
Partera**

San Miguel de Allende, Gto.

Escuela Profesional de Parteras de CASA

Queridas amigas:

Mil gracias por la invitación tan linda y amable como ustedes. Felicitaciones por la Posada.

Abrazos.

Sarah Vaill

**Oficial de Programas. Global Fund for Women
(Fundación Global para las Mujeres
Palo Alto, Cal. EUA**

Estimadas señoritas:

Con referencia a Conversando entre Parteras que apareció en el What's New en la sección de Materiales y Medios, mayo 2000, les solicito me envíen copias de la publicación, sin costo.

Me gustó la revista pues ofrece artículos y cartas en torno a la lactancia, vitaminas y otros temas útiles para mujeres embarazadas y madres y recién nacidos. Nos interesaron también los cuadernos para las zonas rurales que su centro de documentación sobre temas del parto y nacimiento produce.

Agradezco de antemano su atención a la presente y en espera del material, me despido.

**Mohamed Zarook Zackeriya
Kadawatta, Sri Lanka**

Queridas amigas:

Encantadas de poder realizar este intercambio con vosotras. A nosotras también nos gustaría recibir vuestra revista periódicamente. Tenemos algún número y hemos difundido algún artículo fotocopiándolo. Nos parece muy interesante.

Decidnos si podemos dar vuestra referencia cuando desde México u otro país de Latinoamérica nos pidan información o referencias sobre partos más naturales.

Ojalá alguna de vosotras pudiera acudir a este Congreso Internacional de Parto en Casa que anunciamos para el mes de octubre de 2000.

Estamos muy contentas de haber recibido vuestra comunicación. Esperamos que continúen.

Un abrazo.

**Montserrat Catalán,
Ginecóloga del H. Maternidad Acuario
España**

Señoras Grupo Ticime, AC:

La Fundación de Waal tiene objetivos humanitarios, principalmente a favor de niños y adolescentes. Su principal objetivo es la atención a niños y jóvenes con alguna discapacidad. Esto incluye el mejoramiento de las condiciones de vida y el incremento de las posibilidades de desarrollo de niños que viven en condiciones difíciles, como por ejemplo los niños de la calle, niños discapacitados, etcétera.

Uno de sus proyectos es el de Prevención de Discapacidades, cuyo objetivo general es disminuir el número de nacimientos con discapacidad.

Luego de haber leído su folleto *Conversando entre Parteras* número 2, sobre nutrición en el embarazo, hemos encontrado material que deseamos transmitir a la población meta.

Nuestra intención de utilizar su material no tiene fines lucrativos, sino educativos. Durante el presente año, deseamos reproducir algunas selecciones e ilustraciones de este folleto e imprimir aproximadamente 150 copias de este material para ser entregadas sin costo alguno en

el taller capacitación que se realizará a nivel rural y urbano en las ciudades de Quito y Guayaquil, Ecuador.

Necesitamos una respuesta inmediata por la presión de tiempo que tenemos. Si necesitan mayor información no duden en contactarnos.

Atentamente.

**Elizabeth Rappe
Coordinadora Nacional
Proyecto prenatal
Ecuador**

Queridísimas amigas TICIME:

Tal vez pensar en Guadalajara, evoca imágenes de mariachis, pozole, artesanías y olor a tierra mojada, es cierto, y además de todo eso contamos con diversas opciones para la atención de un parto.

Dadas las inquietudes para brindar opciones a las parejas y debido al "clima poco favorable" decidimos unir nuestros esfuerzos ya que compartimos la misma filosofía.

Además de la amistad, el sentido del humor, innumerables momentos de intensa alegría y a veces porque no decirlo... difíciles, lo que compartimos es: un enorme respeto por la mujer en su proceso de embarazo y parto, siendo conscientes de la necesidad de compartir conocimientos para que tomen decisiones de manera informada y puedan gozar plenamente este periodo de sus vidas.

Les ofrecemos clases perinatales, consultas obstétricas cálidas y personalizadas, servicio de Doulas, y la atención del parto con base en las necesidades y deseos de cada pareja, proporcionándoles la opción de que éste sea en casa o en la habitación del hospital, pudiendo elegir un parto en agua.

Ofrecemos pláticas informativas gratuitas cada mes para dar a conocer nuestra filosofía.

El grupo lo integramos: dos ginecoobstetras/parteros, una neonatóloga y cuatro educadoras perinatales/doulas. La atención de cada uno de los integrantes hacia la pareja es congruente con la filosofía de la partería.

Como grupo dejamos a la elección de la pareja con quien prepararse, según sus necesidades.

Saludos afectuosos del grupo "PLENITUD".

Dr. Jose Luis Grefnes,
Dr. Tonatiuh Núñez,
Dra. Rosa González, EPP,
Adriana Peregrina, EPP,
Diana Cabello, EPP,
Marilú Navarro, EPP,
Joni Nichols CD (DONA).





Aquí los papás cuentan

Maravilloso nacimiento

Juan Zouain

México D.F.

A continuación presento una descripción, subjetiva y paterna, claro, de cómo se dieron y se dan estas maravillosas experiencias de traer una hija al mundo y empezar a criarla y amarla.

Fue el lunes por la noche (23:00 hrs.) Bea y yo nos dormimos sin saber lo que sucedería una hora más tarde.

1º de febrero del 2000

0:00 horas. Beatriz se despierta al sentir que se hacía pipí en la cama y se da cuenta de que en realidad es la fuente la que se ha roto y me despierta.

1:15 horas. Comienzan las contracciones. Ante unas cataratas de agua provenientes de las entrañas de mi mujer, empiezan a sucederse en periodos, primero de 15 a 20 minutos y por lapsos de 20 a 30 segundos. Por ahora leves. La algarabía en el departamento de la colonia Mixcoac era brutal. Padres-abuelos, hija-madre y yo, junto con la Guadalupe en acciones de lavar ropa para la persona que se avecinaba. Claro, nada estaba pronto, dado que las esperábamos dentro de 2 a 3 semanas. Había

que hacer los bolsos, llevarse el equipo de música, los discos, las velas, la foto de Clarita, la imagen de la Virgen y un chorro de cosas más.

Llamamos a la partera. Nos dijo que podíamos estarnos tranquilos hasta la mañana. Pero Bea no podía dormir y yo me iba a quedar con ella. De aquí en adelante y hasta las cinco, las contracciones se fueron acercando en tiempo y creciendo en vigor.

Decidimos que era hora de salir hacia Cuernavaca, o más precisamente a Jiutepec, en el estado de Morelos a una hora y media aproximadamente.

Antes de abordar el vehículo, sucedió algo que me impactó. Bea se empezó a marear y vomitó. ¿Qué será?, ¿es normal?

Tengo que confesar que por mi mente pasó la idea de abandonar ese plan alocado de parir tan lejos y pensé: "vámonos al hospital", pero en esos momentos lo mejor era apoyar las convicciones de Bea y sabía también que ella iba a hacer todo lo posible por llegar.

Desde la caseta de cobro llamamos a Lucila, la partera, y le conté que las contracciones ya eran cada cuatro minutos y

superintensas y duraban más de un minuto. También le dije lo del vómito. Me dijo que a lo mejor no llegábamos. ¿Cómo?, pensé, ¿y lo vamos a parir en la ruta, en el coche? Apreté los dientes para no transmitir la inquietud a mi mujer y solamente le dije a mi suegro: "apure ese motor..."

El periodo más fuerte de contracciones se estaba sucediendo allí. Y bueno, respiramos los dos abundante. Al punto casi de la hiperventilación. Los cristales estaban ahumados y yo con una mano separando su bombacha de la panza y la otra manejando su columna a la altura del coccis.

Llegamos a Jiutepec. Para esto eran las 6:40 de la mañana. Las parteras aún no habían llegado a la casa. Bea siguió con las contracciones. De pie y abrazada a mí diciendo "esto está cabrón", "ya viene", "mi amor"...

7:10 horas. Llegaron Lucila y Alina. Dos mujeres hermosas con la serenidad y la experiencia que nunca imaginé, se la transmitieron a Bea sin palabras. La observaron por un rato dejándonos hacer lo que sintiéramos. Mientras le tomaron la presión y

luego escucharon el corazón del bebé. Todo bien. Seguimos aquí, no hay necesidad de hospital.

7:30 horas. Lucila le checó la medida de dilatación: siete centímetros. Bea seguía de pie. Los abuelos salieron por materiales necesarios a la farmacia y quedamos los cinco solos en la casa.

Lo que sentía Bea en ese momento sólo ella se los podría describir. Pero creo que ningún hombre sería capaz de "soporlar" algo así.

De las 7:30 a las 7:45 el canal de parto logró la dilatación necesaria: 10 centímetros. Ya era el momento. Bea se recostó con las plantas en el piso y su espalda contra mi pecho.

Lucila le hablaba al bebé y a ella, mientras Alina ponía nuestras toallas de uso diario para recibirla con nuestros olores. En cuatro pujos salió la cabeza. Peludita y redonda. Las palabras de Lucila fueron: "Bea, en el próximo pujo, haz una pausa y

saca el aire despacio". Así fue. En el quinto salió el resto de nuestro(a) hijo(a).

Bea me confesaba que lo primero que se piensa es: "lo logré". Yo no podía acreditar cómo esta mujer, mi mujer, a la que le habían dicho que quizá nunca quedase embarazada, y cuando sí se pudo, a la que le dijeron que era una locura, que cómo una madre primeriza se la iba echar a la "antigüita", tenía la fortaleza y la serenidad en toda esta batalla por la vida.

Luego me tocó a mí cortar el cordón, separarla de su madre, darle aire, me tocó también bañarla. Pero antes del baño, luego de que habían pasado diez minutos, nos preguntaron las parteras ¿alguien vio el sexo? Nadie se había fijado. La maravilla era primero la vivacidad con la que nació, respiró. Desde ahí y, supongo que por la tenue luz de las velas, no cerró sus ojos. El pecho de su madre no se le antojó de primera pero sí lo sintió cálido y, sobre todo,

conocido y amado.

El abuelo entreabrió sus piernas y dijo: ¡Pepa, es mujer! Es Maia!, es Maia Zouain Angulo.

Bueno, es hermoso. Lo escribí reviviendo el vértigo de esas horas. Espero que lo lean y lo vivan así. A quienes les mando esto es porque los amo y deseaba compartirlo. A partir de esta aventura y experiencia, lo más lindo que me ha tocado vivir, se suceden cosas hermosas, agotadoras. Pero la mujer y la hija con que me toca com-partir y vivir en este mundo son algo que me fascina...

Después viene la teta, la bajada de la leche (hoy parece estar llegando), los bañitos desde el día en que nació. Los pañales no descartables, la lavada de éstos, los llantos, los bañitos de sol (10 minutos en las horas de poca intensidad), la falta de sueño, al amor sobre todo. Los amo, los amamos.

Maia, Bea y Juan

La Antigua Guatemala

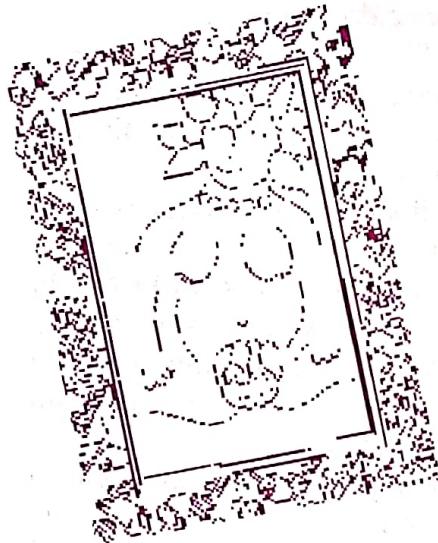
Puesto para partera en el cargo de directora en un centro de partos que provee un cuidado completo en Ginecología y Obstetricia. A este centro acuden mujeres de una amplia variedad, social, económica y étnica.

Necesitamos una Enfermera/Partera experimentada, con una sólida habilidad clínica, que hable español y facilidad para comunicarse y relacionarse con todo tipo de personas. Es importante que tenga la habilidad de enseñar a grupos de personas y supervisar a las aprendices.

Trabajo muy bien recompensado y una increíble oportunidad para la persona que tenga estas cualidades. Buen salario y trabajo satisfactorio.

La ciudad de Antigua es una hermosa ciudad colonial, rica en cultura, vegetación y coloridos mercados y una amplia comunidad internacional. A 45 minutos de la capital.

Envíe su curriculum vitae, a esta dirección: womanway@aol.com



Entre madres

La iniciativa de parto amigable para la madre

Primer consenso de iniciativa de la Coalición para Mejorar los Servicios para la Maternidad (CMSM)

Misión: La Coalición para Mejor los Servicios para la Maternidad (CMSM) es una coalición de individuos y organizaciones preocupados por el cuidado y el bienestar de las madres, los bebés y las familias. Nuestra misión es la de promover un modelo de bienestar en los cuidados para la maternidad que mejore los resultados de parto y reduzca significativamente los costos. Este modelo amigable para la madre, el bebé y la familia está fundamentado en la evidencia científica y se enfoca en la prevención y el bienestar como alternativa a los costosos programas de protección, diagnóstico y tratamiento.

Principios: Consideramos que los principios del cuidado amigable para la madre son los siguientes:

Normalidad del proceso de parto

- ➡ El parto es un proceso normal, natural y saludable.
- ➡ La mujer y el bebé poseen la sabiduría inherente necesaria para el parto.
- ➡ Al momento del parto, el bebé es un ser humano alerta y sensible, por lo que debe ser reconocido y tratado como tal.
- ➡ La lactancia proporciona la mejor nutrición para el recién nacido y el infante.
- ➡ El parto puede realizarse de manera segura en los hospitales, los centros de parto y en el hogar.
- ➡ El modelo de cuidados con parteras, el cual apoya y protege el proceso de parto normal, es el más adecuado para la mayoría de las mujeres durante el embarazo y el parto.

Fortaleza

- ➡ La confianza de la mujer y su capacidad para dar a luz y cuidar a su bebé se ven aumentadas o disminuidas por toda persona que le proporcione cuidados, así como por el entorno en donde da a luz.
- ➡ Durante el embarazo, el parto y la infancia, la madre y su bebé son diferentes y al mismo tiempo interdependientes. Su interconexión es vital y debe ser respetada.
- ➡ El embarazo, el parto y el periodo de postparto son eventos claves para la comunidad de la vida. Estas duraderas experiencias afectan profundamente a la mujer, al bebé, al padre y a la familia y tienen efectos importantes y duraderos en la sociedad.

Autonomía

Toda mujer debe tener la oportunidad de

- ➡ Tener una sana y placentera experiencia de parto, tanto para ella misma como para su familia, sin importar su edad o sus circunstancias;
- ➡ Dar a luz de la manera en que ella lo desee y en el entorno en el que ella se sienta protegida y segura, y donde se respete su bienestar emocional, su privacidad y sus preferencias personales;
- ➡ Tener acceso a la gama entera de opciones para el embarazo, el parto y la alimentación de su bebé así como a información precisa disponible sobre todos los sitios para el parto, suministradores de cuidados y prácticas.

- Recibir información correcta y actualizada sobre los riesgos y beneficios de todos los procedimientos, medicamentos y exámenes sugeridos para utilizarse durante el embarazo, el parto y el periodo de postparto, así como el derecho a un consentimiento y a una negativa informados.
- Recibir apoyo para tomar decisiones de manera informada acerca de lo que es mejor para ella y su bebé con base en sus valores y creencias individuales.

No provocar daño

- Las intervenciones no deben ser aplicadas de manera rutinaria durante el embarazo, el parto y/o el periodo del postparto.
- Numerosas pruebas médicas, procedimientos, tecnologías y medicamentos conllevan riesgos para la madre y su bebé y deben ser evitados en ausencia de indicaciones científicas específicas para su uso.
- Si durante el embarazo, el parto o el periodo de postparto surgen complicaciones, los tratamientos médicos que se recomiendan aplicar deberán tener fundamentos evidentes.

Responsabilidad

- Cada proveedor de cuidados para la salud es responsable de la calidad de los cuidados que él o ella proporciona.
- La práctica de cuidados para la maternidad no debe estar basada en las necesidades del proveedor o suministrador de cuidados sino únicamente en las necesidades de la madre y el hijo.
- Cada hospital y centro de parto es responsable de la revisión y evaluación periódicas, a base de evidencias científicas actuales, de la efectividad, los riesgos y las tasas de uso de los procedimientos médicos que aplican a madres y bebés.
- La sociedad, a través del gobierno y de las instituciones de salud pública, es responsable de asegurar que todas las mujeres tengan acceso a los servicios para la maternidad así como de verificar la calidad de dichos servicios.
- Los individuos son los que en última instancia deben responsabilizarse de la toma informada de decisiones acerca de los cuidados para la salud que ellos y sus bebés reciben.
- De estos principios se derivan los siguientes pasos que apoyan, protegen y promueven los servicios de maternidad amigables para la madre:

Diez Pasos de la Iniciativa de Parto Amigable para la Madre Para los hospitales, centros de parto y servicios para parto en el hogar, amigos de la madre

Para ser nombrados “amigos de la madre” por la CMSM, los hospitales, centros de parto y servicios para el parto en el hogar deben poner en práctica los principios filosóficos arriba mencionados y cumplir con los Diez Pasos del Cuidado Amigable para la Madre:

Un hospital, centro de parto o servicio para parto en el hogar:

1. Ofrece a todas las madres que estén por dar a luz:

- ♣ Acceso irrestringido a las personas que ella elija para acompañarla a la hora del parto, incluyendo padres, parejas, hijos, miembros de la familia y amigos.
- ♣ Acceso irrestringido al apoyo continuo, físico y emocional, proporcionado por una mujer habilitada, por ejemplo, una doula o un acompañante profesional para el apoyo durante el trabajo de parto.

2. Proporciona al público información precisa, descriptiva y estadística acerca de las prácticas y procedimientos que proporciona en relación a los cuidados para el parto, incluyendo medidas de intervención y las consecuencias de las mismas.

3. Proporciona cuidados competentes desde una perspectiva cultural, es decir, cuidados que tomen en cuenta y respondan a las creencias, valores y costumbres específicas relativas a la etnicidad y religión de la madre.
4. Proporciona a la parturienta la libertad de caminar, deambular y adoptar las posturas que ella elija durante el trabajo de parto y el parto (salvo que se requiera de restricciones específicas para corregir alguna complicación) y no fomenta el uso de la postura de litotomía (acostada boca arriba con las piernas en alto).
5. Cuenta con políticas y procedimientos claramente definidos para:

♣ Colaborar y consultar con otros servicios de maternidad durante todo el periodo perinatal, incluyendo la comunicación con el prestador original de cuidados para la salud, cuando sea necesario transferir a la madre de un sitio para el parto a otro.

♣ Vincular a la madre y al bebé con los recursos apropiados de la comunidad, incluyendo seguimiento prenatal y postparto, y apoyo para la lactancia.

6. No emplea de manera rutinaria prácticas y procedimientos que no tengan un fundamento científico, incluyendo pero sin limitarse a los siguientes:

♣ rasurado ♣ enemas ♣ IV (goteo intravenoso) ♣ ayuno ♣ ruptura temprana de membranas ♣ monitoreo fetal electrónico.

Sus tasas observan los siguientes porcentajes recomendados:

- ♣ utilización de oxitocina de 10% o menos para la inducción y la conducción.
- ♣ de episiotomía de 20% o menos con una meta de 5% o menos,
- ♣ de cesáreas de 10% o menos en los hospitales de la comunidad y de 15% o menos en los hospitales de tercer nivel (alto riesgo),
- ♣ de PVPC (partos vaginales posteriores a un nacimiento por cesárea) de 60% o más con una meta de 75% o más.

7. Capacita a su personal en métodos de control del dolor que no utilizan fármacos y no promueve el uso de medicamentos analgésicos o anestésicos si éstos no son requeridos específicamente para corregir alguna complicación.

8. Promueve el que las madres y familiares, incluyendo a las que tienen recién nacidos enfermos o prematuros o infantes con problemas congénitos, toquen, sostengan en brazos, amamanten y cuiden a sus bebés en la medida en que lo permitan sus condiciones.

9. No está a favor de la circuncisión al recién nacido por motivos que no sean religiosos.

10. Se esfuerza por cumplir con los "diez pasos de la iniciativa del hospital amigable para el bebé" formulados por la OMS-UNICEF para promover una lactancia exitosa:

1. Transmite un comunicado sobre su política hacia la lactancia a todos los miembros del personal de cuidados para la salud.

2. Capacita a todo el personal de cuidados para la salud en las habilidades necesarias para poner en práctica dicha política.

3. Informa a todas las mujeres embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.

4. Ayuda a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primera hora posterior al nacimiento.

5. Enseña a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primera hora posterior al nacimiento.

6. No proporciona al recién nacido ningún alimento o líquido que no sea leche materna, salvo que exista alguna indicación médica que lo recomiende.

7. Practica la "habitación conjunta", es decir, permite que la madre y el recién nacido permanezcan juntos las 24 horas del día.

8. Fomenta la lactancia a libre demanda.

9. No proporciona chupones artificiales a los bebés que estén siendo lactados.

10. Promueve el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y proporciona información sobre dichos grupos a las madres cuando son dadas de alta del hospital o de la clínica.

La versión original de este documento fue publicada en *International Doula*, otoño 1996. Para su consulta visitar la página www.healthy.net/CIMS.

Hablar de mi cesárea me provoca muchas sensaciones: es extraño, es triste y es parte de mí. Es extraño porque pienso que hice todo lo que pude para evitarla. Cambié de doctor a partera cuando vi que el doctor era rígido. Me iba a poner suero, limpiar mi intestino, hacerme una episiotomía, en fin yo iba a ser objeto de su medicina y no sujeto del evento más trascendental en mi vida de mujer.

Cuando mi partera sospechó que estaba en una no buena posición hice mis ejercicios de gatear y mover la pelvis para que cambiara de posición. Cuando llegó el momento de trabajo de parto, lo sentí muy difícil y muy doloroso, lo cual pensamos ahora tenía que ver con la posición del bebé. Después de unas 9 horas de trabajo intenso, empecé a pujar bajo las instrucciones de la partera. No bajaba el bebé a causa de un labio que se formó en el cérvix, y después de dos horas de pujo y unas fluctuaciones en el latido del bebé, nos fuimos al hospital donde todo terminó en cesárea.

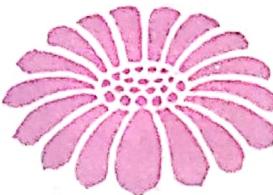
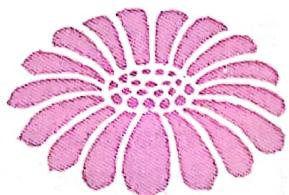
En el momento estaba tan cansada que no me pude dar cuenta de todo. Sí estaba triste por la cesárea, pero fue hasta acostumbrarme un poco más a la vida de mamá que me puse a pensar en los eventos. Me inscribí en una lista de discusión por internet en donde todas las inscritas eran mujeres que habían tenido cesáreas; les preguntaba cosas, escuchaba sus historias.

Hablé con mis parteras varias veces y también con mis instructoras. Me clavaba en los detalles de mi parto tratando de encontrar EL MOMENTO, EL DETALLE, y entender qué o quién tenía la culpa. Buscaba información sobre los labios del cérvix, vi que hay ciertas maneras de borrarlos. ¿Quizá no habíamos tratado la manera más eficaz? Me acordé que en el carro tenía ganas de pujar pero no pujé pues la partera en ese momento decía que no lo debía hacer. ¿Fue error mío haberle escuchado, y no haber escuchado a mi cuerpo? La partera me aseguró que fue por el bien del bebé. Entonces seguí buscando. ¿Qué tuvo que ver la medicina homeopática que me habían dado durante el trabajo de parto? ¿Hubiera sido posible cambiarle de posición al bebé

Hablando de mi cesárea

Karen Busnia

México, D. F.



el bebé
muy buen-

tas o la
cesárea.

en el momento de parto? ¿Quizá mi posición para pujar no era la adecuada? ¿Qué tan verde estaba el meconio del bebé cuando salió?

Encontré respuestas a algunas preguntas. Sí, el meconio ya estaba muy verde indicando los principios de sufrimiento fetal. La medicina que había tomado no

afectó de manera negativa el desarrollo del trabajo de parto. Desafortunadamente no encontré respuesta a porqué la Pienso que mi tra-

abajo de parto no fue tan largo como en otras mujeres, pero sí lo recuerdo más con tristeza que con alegría. Cuando salió la niña y me la llevaron (sólo para besarla prácticamente) me sentí tan feliz, pero me la quitaron, y no la volví a ver hasta muchas horas después. Siento que allí perdí unos momentos que nunca podré recuperar.

En otros hospitales (en el Gea González, por ejemplo) dejan al bebé con la mamá en caso de cesárea y no sólo cuando se trata de parto natural.

Necesitaba pasar por estas inquietudes para entender mejor porqué me pasó esto. Aunque estoy muy feliz con mi niña, la amo y la siento parte de mí, sigo con la herida física y emocional de la cesárea. Es algo que tengo que aceptar pero nunca creo que lo podré entender. Me sentí triste de convertirme en parte de la estadística aún más cuando luché contra eso; me informé sobre el parto en mis clases y sentía que mis ideas sobre el parto eran más acordes con las ideas de la partera.

Por otra parte, ahora tengo una visión diferente. Creo que nunca podemos planear las cosas como quisiéramos. Éstas suceden por bien o por mal y tenemos que vivir con las consecuencias. Cuando las mujeres me dicen que la cesárea es mejor por 'X' razón o que las mujeres que dan a luz por cesárea no sientan dolor y realmente "no dan a luz", por supuesto que opino. En la vida, siento que es nuestra intención lo que cuenta. Mi intención de tener un parto natural y la intención de las parteras de ayudarme era sincera. No sucedió así pero el hecho de que pude hablar este evento con todos los involucrados lo ha vuelto más aceptable y creo que algo he aprendido de la experiencia.

Círculo de educadoras

Nuestro derecho

Maria Luisa Krieger E.

Educadora en psicoprofilaxis perinatal

Trapuato, Guanajuato

En esta época de tanta tecnología, comunicación inmediata, transportación aérea y dinero plástico, nos quieren hacer creer que algo falló cuando se creó a la mujer y que sin los avances tecnológicos no podemos parir.

Nos están arrebatando uno de los momentos mágicos de la mujer. Cuando se vive este periodo de embarazo y parto, de manera plena y consciente de lo que ocurre, no podemos explicarnos porqué nos hacen creer que nuestro cuerpo se desbarata al parir.

Desde nuestros antepasados se bendecía el embarazo, y en el momento del parto estaba presente una "ticitl"(partera), que no solamente acompañaba y cuidaba a la mujer, sino que servía de apoyo antes, durante y después del parto, y la trataba como un ser humano sano, tan sano que podía procrear. No se veía el embarazo como una enfermedad, sino como un símbolo de salud perfecta, que además era un acontecimiento rodeado de alegría y actitudes positivas ante la vida. Yo me pregunto ¿cuándo perdimos esto?, pues lo vivido en México de manera reciente es solamente motivo de gran tensión.

México es el segundo país, a nivel mundial, con un índice de cesáreas que alcanzan del 80%



al 85%, en hospitales privados, cuando el índice reconocido y autorizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es del 10% al 15%.

¿Qué podemos hacer para que esta avalancha de cesáreas disminuya?

Primero, lo que se necesita es información **real** y **actualizada** sobre nuestro embarazo.

Segundo, definir si deseamos ser **participantes** o **espectadoras** en el momento de parir.

Tercero, buscar médicos **honestos**, no sólo en apariencia, sino de pensamientos y acción.

¿Cómo esperamos que un médico apoye nuestro trabajo de parto si desde el quinto mes nos empieza a decir que nuestra pelvis es muy estrecha o que el bebé viene muy grande o que tenemos presión alta? No creo

que la naturaleza se haya equivocado tanto con el ser humano; miremos un poco al reino animal (del cual formamos parte), osos, leones, tigres, venados, jirafas, elefantes, rinocerontes, monos..., todos cumplen su función biológica solos y lo han hecho por generaciones, entonces, ¿por qué la mujer ha permitido que le quiten el **derecho** de parir, y con ello la oportunidad de crecer y madurar a través de la experiencia del parto?

Si engendrar una vida es un gran placer, el sacarlo a la vida debe ser la continuación... Es como ir al cine y salir a la mitad de la película o ir a un concierto y abandonar la sala durante el segundo acto. ¿Se les hace absurdo?, pues así de absurdo es entregar nuestro parto y no ejercer **nuestro derecho de parir**.

Yo les pido que reflexionemos: el embarazo y el parto son funciones privilegiadas de la mujer, que no debemos dejar de ejercer. Se nos dio el **don** de la procreación y tenemos el **derecho** de ejercerlo, no permita-mos que nos lo quiten.

Motivando a las mujeres jóvenes para que sean parteras profesionales

Xadine Goodman

fundadora y directora de CASA, AC

San Miguel de Allende, Gto.



La asociación civil no lucrativa Centro para los Adolescentes de San Miguel de Allende (conocida como CASA) es un organismo que ha acumulado experiencia en la promoción de la partería profesional, ha impulsado la apertura de la primera escuela en la República a nivel técnico terminal de partería profesional, incorporada a la Secretaría de Educación de Guanajuato. En este artículo se presenta un resumen cronológico de lo que se ha logrado así como nuestras esperanzas laborales para las nuevas parteras profesionales y los grandes desafíos en la formación de recursos humanos de salud. Esperamos que las graduadas encuentren empleo en donde se respete su perfil profesional.

Desde que empezó la humanidad, cuando las mujeres han dado a luz, siempre ha habido otras mujeres dispuestas a ayudarlas en esos momentos. De esta relación nació la partería. A través del tiempo, las parteras han atendido partos y han actuado como consejeras, farmacéuticas y trabajadoras de salud. El término utilizado para describir a "las parteras" cambia según el lugar e incluye entre otros: obstetras y comadronas.

Hay muchas maneras de formarse como partera y los distintos entrenamientos varían tanto entre países como dentro de un mismo país. En el caso de México, la mayoría de las parteras se ha formado con otras parteras tradicionales, en la mayoría de casos la mamá o la abuela. Muchas parteras mexicanas reciben cursos de actualización y supervisión de instituciones de salud como el Seguro Social y la Secretaría de Salud. Casi todos estos cursos

duran entre dos y cuatro semanas, son básicamente teóricos e impartidos por médicos y enfermeras.

A pesar de los diferentes entrenamientos y nombres, todas las parteras comparten la postura de respetar, sin juzgar, el derecho de las mujeres a escoger su camino para dar a luz. Todas animan a las mujeres a alcanzar el embarazo y el alumbramiento con educación, fortaleza y poder, enfocándose en lo que es natural y normal. De esta manera, los miedos de las mujeres disminuyen y se incrementa el sentido de autodeterminación reproductiva de cada mujer.

Los derechos reproductivos de toda mujer en cualquier lugar deben incluir, entre otros, el derecho a decidir si quiere tener hijos, cómo y dónde quiere dar a luz. A pesar de los avances en la República Mexicana todavía hay una continua e inaceptable falta de autodeterminación reproductiva

de las mujeres, en las leyes nacionales y reglamentos internos de instituciones del gobierno.

La experiencia de CASA

CASA ha trabajado principalmente en el estado de Guanajuato desde 1981 y sus objetivos incluyen entre otros, ayudar a los jóvenes, en particular a las mujeres adolescentes, a incrementar su amor propio, confianza y responsabilidad hacia ella misma, su familia y su comunidad. En 1985, casi 5,000 personas recibieron uno o más servicios de CASA. En 1999 se asistió a más de 50,000.

Después de casi dos décadas de trabajo en las comunidades rurales, principalmente en el área de salud reproductiva, y después de una investigación larga y profunda sobre partería profesional a nivel internacional, la mesa directiva de CASA y el equipo interdisciplinario de salud llegó a la conclusión de

que la autodeterminación reproductiva puede ser alcanzada por todas las mujeres mexicanas, especialmente de las de áreas rurales, si el gobierno mexicano reconoce y proporciona educación, certificación, regulación y empleo a las parteras profesionales, como ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras, la Alianza de Parteras de Norteamérica y la Confederación Internacional de Parteras, entre otros cuerpos internacionales de reconocido prestigio.

CASA maneja varios programas. Entre otros, un programa de planificación familiar y distribuye gratuitamente anticonceptivos. En los años ochenta un grupo de parteras tradicionales registradas ante el gobierno se acercó a CASA con tres propósitos.

--Adquirir más información acerca de la planificación familiar (sobre todo de los métodos artificiales que no interfirieran con la lactancia materna como las espumas, jaleas, condones femeninos, diafragmas y métodos naturales).

--Recibir entrenamiento para ser mejores parteras.

--Abrir un camino nuevo para formar parteras mexicanas nuevas para el futuro.

La partería en México

El gobierno de México ha registrado unas 18,740 parteras tradicionales y se cree que hay 9,000 parteras no registradas. En su mayoría, todas tienen muy poca educación escolar, más de dos terceras partes no fueron a la escuela o no terminaron la primaria; dos terceras partes son mayores de 51 años y

solo 4.8% son menores de treinta. Según estudios de la Secretaría de Salud (*La Partera Tradicional en la Atención Materno Infantil en México, 1994*), estas mujeres atienden una tercera parte de todos los nacimientos en México, o sea, 700,000 nacimientos al año. En muchas áreas rurales, las parteras atienden hasta el 80% de los nacimientos.

Las leyes referentes a la definición y el alcance de la práctica de la partería en México son confusas y vagas. Por ejemplo, hasta hace poco tiempo aquéllos que se graduaban de las escuelas de medicina recibían el título de Médico Cirujano y Partero. En las décadas de los cincuenta y sesenta, existió la posibilidad de estudiar partería y recibir un título en partería. Hoy en día, en el reglamento de plazas en el IMSS existe la plaza para partera.

En 1973, se aprobó el Reglamento para Parteras Empíricas en el Código Sanitario que básicamente proporciona un marco para que estas parteras funcionen como agentes de planificación familiar. Esta ley fue más tarde absorbida por la Ley General de Salud, que en el capítulo 5 delinea quienes pueden dar atención materno infantil (Artículos 102 al 114). Dentro de estos artículos, a las

parteras tradicionales o parteras empíricas que han recibido entrenamiento por el gobierno y están registradas en una de las instituciones de salud, se les describe como "personal no profesional autorizado" y a ellas se les permite atender los embarazos y partos normales además, pueden dar atención posparto en sus comunidades.

Finalmente, la Ley Reglamentaria del Artículo 7 de la Constitución Política del estado de Guanajuato, establece en su Artículo 3 las profesiones que necesitan un título para su ejercicio, entre las que se encuentra la de Partera. Y en el Artículo 6, se menciona la necesidad de poseer un título profesional legalmente expedido y debidamente registrado.

En conclusión, la posición del gobierno, en general, es la de registrar, capacitar y vigilar a las parteras tradicionales, pero en ningún momento contribuir a la formación de parteras nuevas, es decir, el gobierno no quiere que en el futuro haya parteras en México.

Hospital de Maternidad de CASA

Para poder probar la partería profesional en México, CASA ha dado muchos pasos buscando alianzas con el gobierno y con muchos grupos no gubernamentales, dentro y fuera de México. En 1991 la mesa directiva de CASA tomó la decisión de asumir la gran responsabilidad de construir un hospital de maternidad donde la partería profesional pudiera ejercerse y a donde la partera tradicional pudiera llevar sus clientas embarazadas y

Las parteras tradicionales explicaban que ya eran grandes de edad, muchas no sabían leer ni escribir y que tanto sus hijas como las mujeres de sus comunidades no querían ser parteras porque veían que la vida de la partera era dura y muchas veces sin remuneración económica. Hablaron de la posición de las autoridades que no querían que hubiera parteras nuevas, también hablaron de sus angustias y miedo de que desaparecieran las costumbres y tradiciones de la partería mexicana. Todo esto impulsó a CASA a aprender más acerca de la partería y de la salud materna e infantil tanto en México como en otros países.

sentirse en casa. En septiembre de 1994 se abrió el Hospital de CASA y en la inauguración los representantes del gobierno mexicano como el Director General del Consejo Nacional de Población y los embajadores de los Estados Unidos y de Canadá dirigieron unas palabras al público.

En 1996 CASA mandó una propuesta a CODEREG en la que se expuso un marco internacional de la partería profesional, explicando sus deseos de probar un modelo de partería profesional en México. Con dicha propuesta se buscó una colaboración con el gobierno estatal de Guanajuato y se pidió asistencia económica, la cual fue otorgada. Al final de 1996 el Secretario de Salud de Guanajuato, a invitación de CASA, fue a conocer el hospital y escuchó una presentación sobre la partería profesional.

Escuela de Parteras de CASA

En 1997, CASA presentó un plan de estudios de partería profesional a la Secretaría de Educación de Guanajuato y después de un proceso riguroso en el cual fue bien fundamentada la partería, la Escuela de Parteras de CASA fue incorporada por la SEG en julio de 1997. En agosto del mismo año se matriculó el primer grupo de estudiantes.

En febrero de 1999 se realizó la inauguración de las nuevas instalaciones de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA en San Miguel de Allende. El Dr. Ernesto Zedillo mandó a un representante; a nivel federal estuvieron representantes del Secretario de Salud, el director de enseñanza y otros directores de la Secretaría de Salud; también de la Secretaría de Educación del esta-

do y del Congreso del estado. Desgraciadamente no hubo representación de la Secretaría de Salud de Guanajuato ni del gobernador aunque ambos fueron invitados.

Se estudiaron muchos modelos de diferentes países para el diseño de la carrera y para lograr una com-

En agosto de 2000 se graduó la Generación "Manuel Urbina Fuentes" de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA y se inauguró el Centro Regional de Educación Ambiental.

Escuela de Parteras de CASA
Santa Julia N° 15
Colonia Santa Julia
San Miguel de Allende,
Guanajuato
casa4@prodigy.net.mx

prensión más cabal del concepto de perfil profesional en México.

Tomando en cuenta que CASA tiene la misión de dar prioridad a las mujeres de áreas rurales donde domina la necesidad, CASA quiere que la mayoría de sus alumnas vengan de áreas rurales y vayan a trabajar como empleadas de gobierno en áreas rurales. A sabiendas de que el promedio de escolaridad de las mujeres mexicanas mayores de 15 años, con residencia en localidades de menos de 15,000 habitantes es de 4.1 años, se tomó la decisión de realizar la carrera de partería profesional en México al nivel técnico terminal. Las postulantes deben tener como mínimo su secundaria completa y al terminar con el programa académico tienen tanto la obligación como el derecho de hacer su servicio profesional y adquirir su cédula profesional que les permita ejercer de manera independiente su profesión.

La Escuela de Parteras Profesionales de CASA cuenta con nueve alumnas de cinco estados de la República, todas ellas están becadas. Habiendo terminado el sexto y último semestre de su carrera están en espera de la notificación de las autoridades de las Secretarías de Educación y de Salud del estado, de que han sido autorizadas las plazas para realizar su servicio social profesional. Según el Artículo 78 de la Ley General de Salud "para los efectos de la eficaz prestación del servicio social de pasantes de las profesiones para la salud, se establecerán mecanismos de coordinación entre las autoridades de salud y las educativas..."

Con mucha alegría y optimismo se espera el día en el que las primeras egresadas de la escuela de parteras reciban sus cédulas profesionales y puedan atender a la mujer embarazada.

Las instituciones gubernamentales necesitan reconocer y dar empleo a las parteras. Los Programas de Extensión de Cobertura de la Secretaría de Salud necesitan contratar a las nuevas parteras profesionales para puestos de supervisoras de campo. Las nuevas parteras profesionales están muy bien preparadas para identificar signos de riesgo y canalizar las mujeres de alto riesgo al médico.

CASA convoca a mujeres jóvenes que estén interesadas en la carrera más antigua y de más futuro, la de partería profesional abocada a re-conocer la sabiduría inherente de la mujer y enriquecer su confianza y capacidad para dar a luz y cuidar a sus bebés.

Estamos esperando el día en que otras escuelas para la formación de parteras profesionales, escuelas de gobierno y particulares sean establecidas.

La anestesia epidural durante el parto

Debbie A. Díaz Ortiz

Partera y maestra en Salud Pública

La Plata, Puerto Rico

La anestesia epidural se utiliza para aliviar el dolor, adormece los nervios del abdomen y la vagina y elimina ciertas respuestas hormonales del cuerpo durante el proceso de parto. El procedimiento requiere, entre otras cosas, inyectar anestesia sola (así mantiene la mente clara y alerta) o en combinación con algún narcótico, en el espacio epidural, entre las vértebras, y usualmente sobre la cintura. Sus efectos dependen de la edad gestacional, condiciones del feto y de la madre, exposición a otros fármacos durante el parto, tipo y cantidad de anestesia, y experiencia del profesional de la salud.

Décadas atrás altas concentraciones de anestésico que se consideraban normales para entonces se inyectaron por error en los vasos sanguíneos del área epidural, causando la muerte de mujeres por paros cardiacos. A partir de entonces se comenzó a experimentar con nuevas técnicas y dosis menores de medicamento hasta casi abolir la mortalidad. No obstante, otros factores de riesgo prevalecen, ya sea por la misma anestesia o por la cascada de intervenciones para detectar y evitar complicaciones. Aún así, su uso se justifica en ciertas circunstancias.

Los efectos en la madre incluyen: baja de su presión sanguínea y fiebre durante el parto, 14.7%, y posterior a las 18 horas, 36% (Lieberman: 1997). Además de náusea y picor (el medicamento para contrarrestar esto puede ocasionar somnolencia), incapacidad para orinar, disminución de la fuerza del pujo y aparición de hemorragias. Es probable que interfiera con la secreción de oxitocina natural necesaria para la bajada de leche durante la lactancia. A su vez, se

incrementan la posibilidad del uso de fórceps, extracción del bebé por aspirador y, por ende, aumenta la incidencia de desgarros perineales hasta el área del ano.

Reacciones alérgicas o tóxicas, convulsiones, ceguera, enfermedades neurológicas, dificultad para respirar y la muerte, son complicaciones poco frecuentes. El índice de cesáreas aumenta si se la utiliza en las primeras etapas del parto en mujeres primíparas, con cesárea anterior, progreso lento del trabajo de parto, o con el bebé todavía alto en la pelvis, ya que el bloqueo parcialmente inhibe los movimientos esenciales y comunes que realizan los fetos para poder nacer. En otras situaciones, el aumento de cesáreas depende también de la práctica del profesional de la salud.

En el bebé, los riesgos pueden ser: irregularidades en los patrones de los latidos cardíacos fetales (Abboud y Chesnut) y disminución en el abastecimiento de oxígeno (relacionados a la hipotensión o fiebre materna). Por estas razones se inserta en la cabeza del feto un monitor fetal electrónico.

Los bebés nacidos que desarrollan fiebre





arteras

reciben antibióticos y son sometidos a diversos exámenes además de permanecer 48 horas separados de sus madres. Aceleración en el ritmo respiratorio se ha reportado y, en casos raros, edema en los pulmones. Segun los estudios de Murray y sus colaboradores, con mujeres que habían recibido anestésicos, se concluyó que durante las primeras 24 horas de vida del recién nacido las funciones motoras, las respuestas fisiológicas y el estado de alerta eran pobres. Al quinto día de nacido el grupo cuyas madres recibieron bloqueo, demostró desorganización en el comportamiento; y en el primer mes de la vida su adaptación

fue menor, lloraban más, lactaban con menos frecuencia y su habilidad para interactuar se vio disminuida.

Líderes de la Liga de la Leche, madres que han amamantado y consultoras de lactancia han notado que la lactancia temprana se dificulta. A su vez, la inmadurez del hígado del bebé hace que se le dificulte a su cuerpo eliminar los medicamentos. Por su parte, la revista *British Medical Journal* publicó un estudio que mostró que los hijos de las mujeres que recibieron diversos medicamentos para aliviar el dolor de parto aumentó en 4.7 veces el riesgo de adicción a drogas más tarde en la vida.

Uno se pregunta por qué no se fomenta la utilización de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor, desprovistos de efectos secundarios. Entre algunas alternativas están el caminar, bañarse, ingerir líquidos y alimentos ligeros, favorecer posiciones deseadas, la presencia de familiares y mujeres adiestradas en atender partos fisiológicos.

Los casos en que el uso del bloqueo epidural se justifica son pocos pero necesarios; por ejemplo, un parto extremadamente largo y difícil. Las madres pueden informarse y aprender sobre estas opciones con su educadora prenatal, profesional de su confianza y consultando libros o videos. De esta forma tomar el poder en sus manos de su ser y de su bebé.

Lo que puedes hacer para evitar una cesárea innecesaria

innesaria

Verión original en inglés de la

International Cesarean Awareness Network

Traducción de *Cathy Urroz de Arce*,

asesora de lactancia

- Investiga y prepara un plan de parto. Dale copias a tu hospital o clínica de maternidad, médico o partera y a las personas de apoyo.
- Discute esto con la persona encargada de darte los cuidados de salud antes del parto y pídele que lo firme. Comenta esto con el personal del hospital o clínica de maternidad cuando llegues.

- Entrevista a más de un proveedor de cuidados de salud. Haz preguntas claves y observa sus respuestas y de qué forma estas cambian su actitud. ¿Están a la defensiva o les da gusto que te intereses?
 - Pregunta a tu médico si tiene un límite de tiempo para el trabajo de parto y el pujo en la segunda etapa. Averigua qué es lo que él(ella) considera que puede interferir con el proceso normal del parto.
 - Conoce más de un hospital o clínica de maternidad. Nota sus diferencias y pregunta sobre su índice de operaciones de cesárea, cuál es su protocolo de Parto Vaginal Despues de Cesárea.
 - Date cuenta de tus derechos como mujer embarazada.
 - Encuentra a una persona que pueda acompañarte en el parto (Doula).
 - Entrevista a más de una. Busca a alguien con experiencia en nacimientos normales sin intervenciones.
 - Contribuye a la salud tuya y de tu bebé lleguen a un parto sanos mediante una alimentación equilibrada. Consumir alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales puede prevenir complicaciones en el embarazo, trabajo de parto y parto. No se recomienda la restricción de sal durante el embarazo.
 - Condimenta tus alimentos con sal al gusto.
 - Si tu bebé está en posición de nalgas, pregunta a tu médico o partera sobre ejercicios para ayudar al bebé a voltearse, hacer la versión externa (voltear al bebé) o parto vaginal en posición de nalgas. Tal vez quieras pedir una segunda opinión.
 - Si has tenido una cesárea anterior, considera y explora seriamente la opción de un parto vaginal después de cesárea (PVDC). De acuerdo con la política sobre PVDC del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (octubre de 1988), el PVDC es más seguro en casi todos los casos que una cesárea programada y hasta el 80 por ciento de las mujeres con cesáreas anteriores pueden dar a luz vía vaginal a sus bebés subsecuentes.
 - Durante el trabajo de parto quédate en casa el mayor tiempo posible. No llegues al hospital demasiado pronto. Si aún estás en la etapa temprana del parto cuando llegues a la maternidad, en vez de darte de alta, camina en el hospital o regresa a casa a descansar.
 - Colócate en las posiciones más cómodas para ti durante el trabajo de parto. Camina y cambia de posición con frecuencia. Recuerda que estar en cuclillas, una vez que la dilatación está completa, puede ayudar a que el bebé descienda.
 - No pases el trabajo de parto recostada sobre tu espalda, ya que el peso del bebé sobre la vena cava (una vena principal en el abdomen de la madre) puede disminuir el abastecimiento de sangre a ti y a tu bebé.
 - Continúa comiendo y bebiendo ligeramente, especialmente durante el trabajo de parto. El útero es un músculo y como todos los músculos, debe ser nutrido para trabajar de manera efectiva.
 - Evita la conducción con oxitocina para a un trabajo de parto lento. Si tu trabajo de parto está progresando lentamente, tal vez prefieras tratar de ayudarlo con estimulación sobre tus pezones y caricias amorosas de tu pareja. Tal vez esto inicie tu trabajo de parto si has pasado tu fecha probable de parto. Recuerda que dar a luz después de tu fecha de parto y/o un trabajo de parto lento puede ser lo normal en ti.
 - Si se rompe tu fuente, no permitas que nadie te haga un examen vaginal (para evitar el riesgo de infección), a menos que esté indicado médicaamente por una razón específica. Comenta con tu médico o partera sobre como monitorear señales de infección, una vez rota tu fuente.
- Los estudios recientes indican que el uso rutinario de monitoreo fetal electrónico continuo contribuye a un aumento de cesáreas sin necesariamente mejorar el bienestar fetal. Pide que se use un fetoscopio o tal vez sólo un monitoreo inicial al ingresar a la maternidad.
- Las epidurales y otras anestesia pueden favore-

cer que el trabajo de parto sea más lento y ocasionar complicaciones para la madre y su bebé. Si te administran una epidural y tienes dificultad para pujar con efectividad, permite que la epidural se desvanezca antes de pujar. Averigua cuáles son los riesgos y beneficios de procedimientos de emergencia aplicados de manera rutinaria antes de enfrentarse a ellos. Cuando te hagan cualquier cosa pregunta porqué te lo están haciendo, cuáles son los efectos a corto y largo plazo para tu bebé y cuáles son otras opciones a estos medicamentos

(que pueden ser dañinos y hacer más lento el trabajo de parto). Considera medidas de alivio al dolor naturales, tales como: masaje, reflexología, relajación, visualización guiada, compresas calientes/frías, baño en regadera o tina, pelota grande de parto, posiciones y otras medidas de confort.

Recuerda que nada es absoluto. Si tienes dudas, confía en tus instintos. No tengas miedo de ser asertiva. Acepta responsabilidad por tus peticiones y decisiones. Este es tu cuerpo, tu bebé y tu parto.

Un día con Sheila...

Sheila Kitzinger, escritora, antropóloga social, educadora perinatal, y sobre todo, activista de los derechos de las mujeres en torno al embarazo y parto, estuvo en México con motivo del Tercer Congreso Internacional de la Asociación de Instructoras de Psicoprofilaxis Perinatal (ANIPP), que tuvo lugar a principios del mes de abril del 2000.

Hace más de diez años, en otra visita a México, nos conocimos y platicamos de su trabajo, de la situación de las parteras en Inglaterra y de la ausencia de la partería como profesión en México. En esta ocasión nos platicó cómo, junto con mujeres inglesas usuarias de los hospitales, ha logrado hacer marchas y plantones para demandar que lo rutinario de algunas prácticas en el momento del parto, como lo son la episiotomía, la conducción del parto, el ayuno y la posición acostada –ninguna de



a rutinas de quienes se encargan de vigilarlas, han tenido que parir ellas solas, antes de que una ayuda apropiada llegue, con consecuencias mortales para sus bebés. En uno de los casos, consiguieron destituir al director de la cárcel y que los reglamentos fueran modificados y estos trágicos sucesos no se repitan.

Es tal la fuerza con que Sheila habla de sus experiencias que cada vez que la veo me animo más a seguir con este trabajo tan necesario de apoyo que es la partería en México.

Laura Cao-Romero
Partera y Coordinadora
General de Ticime

las cuales ha podido comprobar su beneficio en los resultados de partos y nacimientos-, se revise y las normas que rigen a dichas instituciones sean modificadas.

Su lucha abarca también a mujeres con otro tipo de desventajas, como son las embarazadas en las cárceles, quienes sujetas

Las parteras Ticime estamos muy agradecidas con Sheila y su esposo, Uwe Kitzinger, por su generosidad al habernos donado una computadora y financiar la creación de nuestra página electrónica, misma que ponemos a sus órdenes:

www.parteras.org



Cómo me hice partera

¿Quién va a querer venir conmigo si las mujeres prefieren ir con las viejitas?

Reyna Hernández Xúñez

Partera de Santa Martha,

municipio de la Independencia, Chiapas

Yo no pensaba antes que sería partera. Tengo 29 años y tres hijos. Mi esposo empezó a salir a capacitaciones como promotor. Una vez me enojé y discutí con él y entonces me dijo: "tienes mucha razón, sal tú también para que veas lo que es". El Dr. Luis le dijo que me invitara y podría ser partera. "¿Será que voy a aprender?" "¿Pero quién va a querer venir conmigo si las mujeres prefieren ir con las viejitas?", me preguntaba. "Pues verás que sí vas a aprender, las parteras viejitas luego se cansan", me dijo el doctor.

Empecé a ir a los talleres de capacitación que da PROSECO en donde enseñan cómo cuidar a una mujer embarazada, atender un parto y reconocer un alto riesgo. Luego una partera viejita que vivía en Santa Martha me dijo: "Si quieres venir...", y fuimos a ver a la mujer, pero me dio mucho miedo que hasta un dolor me dio. Ella me animaba a tocar pero yo no sabía de la posición. Me preguntaba que si estaba bien y le decía que sí, pero realmente sólo tocaba el bulto. Pedía a Dios que me ayudara y me diera fuerza para que no saliera mal.

Una vez me fue a ver una muchacha embarazada que estaba sangrando y no sabía yo qué hacer, pero presentí que era algo peligroso. Me vino a la mente lo que había aprendido de placenta previa y le aconsejé que mejor fuera al hospital. Fue a platicar con la partera que la atendía y ella le dijo que tal vez yo tenía razón pues había tomado cursos de capacitación, pero la mujer quiso esperar a su marido y no se fue. A los quince días volvió a sangrar y esta vez sí se asustó y vino a verme diciendo que ya se iba a morir. Estaba el camión de turno y me fui con ella a llevarla al hospital. Al llegar le hicieron cesárea y el doctor que la recibió me dijo que cómo era que yo sabía que era placenta previa, y le contesté: "es qué yo soy partera". La partera de la señora me dio las gracias por haberla ayudado y me dijo: "Cuando yo tenga casos complicados pues yo voy a ir contigo".

Ya tengo doce años de partera y ahora, además de dar consultas también tomo los papanicolaus y pongo dispositivos. El doctor me dice: "Ya ves. ¿no que no ibas a aprender, y que no te iban a buscar las mujeres?"



Salud de las mujeres

Infección vaginal por Gardnerella

Infección vaginal causada por la bacteria de este nombre. Es muy común y junto con la Tricomoniasis y la Candidiasis, forma parte de las tres principales y más comunes infecciones vaginales.

Es adquirida por transmisión sexual. Se desarrolla en mujeres que su Ph es mayor a 5 (más alcalino), tiene abundancia de lactobacilos en vagina, su resistencia anda baja por ansiedad, tensión, mala dieta o por padecer otra infección en el cuerpo o en vagina.

También es propiciada por un exceso de lavados vaginales, y objetos como los "tapones" delgados dejados mucho tiempo sin cambiarlos.

Los síntomas en la mujer son:

- Flujo blanco o grisáceo.
- Olor fétido (como a pescado).
- Generalmente no ocasiona comezón ni ardor, pero sí dolor en las relaciones sexuales (dispareunia).
- Dolor al orinar (disuria).
- Cólicos y dolor de cintura.

Se hace el diagnóstico mediante toma de Papanicolau o cultivo vaginal.

El plan a seguir es el siguiente:



Carmen Sabater

Consultora certificada en lactancia del Proyecto Lacta, en el Centro Pediátrico de Crianza, Inc. en el Hospital Presbiteriano en el Condado. Especial para Escenario,

San Juan, Puerto Rico, 20 de marzo de 2000

1. Empezar con remedios naturales.

2. Corregir el Ph vaginal tomando dos cucharadas de vinagre en agua, en ayunas.

3. Lavados vaginales con infusión de raíz de Equinacea, agregando una pizca grande a dos tazas de agua hirviendo, y dejándola asentar 10 horas. Se usan tres cucharadas soperas por un litro de agua y se hacen lavados con esto durante siete noches seguidas.

4. Revisar dieta. No harinas blancas ni azúcar. Tomar más frutas y verduras, proteínas y yogurt.

5. Aplicar yogurt natural por vía vaginal durante 10 noches, al acostarse.

6. Cápsulas de ajo por la noche durante siete días por vía vaginal o un diente de ajo, pela-

do pero envuelto en un pedacito de gasa estéril y con un hilo para insertarlo en la vagina a manera de tapón.

7. No usar calzones de nylon ni ropa apretada que impida la circulación del aire.

8. Usar condones al tener relaciones sexuales, especialmente durante el tiempo del tratamiento.

9. Si después de un mes no ha respondido al tratamiento, referir al médico homeópata, acupun-turista o allopata.

10. Hay que tratar a la pareja.

Tratamiento allopático: Metronidazol, 2 grs., dosis única (peligroso durante el embarazo) o Ampicilina 500 mgs. por siete días.

Tomado del libro Protocolos de Partería (en preparación), Grupo Ticitl.

Lactancia y vínculo con el recién nacido

La importancia del vínculo afectivo

Lourdes Bravo de Garza

Partera y consultora de lactancia

Cuernavaca, Morelos

El primer momento después del nacimiento es una de los más importantes en la relación madre-hijo, es el momento más sensible de su relación.

Las primeras horas después de nacer son identificadas como el período sensible maternal. La mamá se siente profundamente ligada, en un nivel emocional, con el recién nacido. La primera hora después del parto es también el momento de atención serena para el recién nacido.

Más adelante el bebé pasa a un estado de profundo descanso que dura varias horas, durante las cuales es difícil despertarlo. La mamá que carga, toca y se comunica con su bebé inmediatamente después de nacer se siente plena y satisfecha. Tocar al bebé

suavemente con los dedos y darle un suave masaje le da una gran alegría. Su voz que el bebé recuerda, y el poder verlo a los ojos, sabiendo que el bebé la reconoce y graba dentro de su mente esas facciones de su mamá es de vital importancia.

Este periodo es muy importante para la pareja. El bebé debe ser puesto al pecho lo antes posible para que empiece a succionar ayudando así a que la placenta salga y la madre sangre menos. Este rato tranquilo puede dar la oportunidad al padre y a la madre de estar en la intimidad, iniciar la alimentación al pecho y sentir las nuevas responsabilidades que acarrea este bebé.

Una de las emociones que



más afectan a una mujer en el momento del parto es la pérdida. El paso físico de tener el bebé dentro afuera del útero significa una pérdida a muchos niveles. La manera más fácil de llenar su vacío es el contacto inmediato y continuo con su bebé. La cercanía física le ayuda a mitigar la sensación de pérdida. Necesita también mucho apoyo emocional para poder dirigir sus sensaciones.

Al reconocer y aceptar estas emociones, teniendo un contacto total con el bebé y estar apoyada por la familia durante e inmediatamente después del parto, se puede prevenir lo que los médicos han denominado depresión postparto.

Bos médicos hablan

El parto en agua no es nada nuevo

Dr. Daniel Kasis A.

Ginecólogo, obstetra y perinatólogo

San Luis Potosí, S.L.P.

Entrevista de Toña Osher,

durante la VII Convención Anual de Parteras de MAMA-México

Toña: ¿Cómo es que Ud. se interesó en el parto en agua?

Dr. Kasis: Realmente me interesé después de conocer algunos de los trabajos del médico ruso Igor Tcharkowski, pues cada vez es más la gente que le pregunta a uno qué tan factible es el parto en agua. A través de ello empecé a hablar y escribirme con Bárbara Harper, que es una de las gentes que a nivel mundial ha promovido y estudiado el parto en agua y el parto natural. Conocí a Bárbara en Puerto Rico, en un congreso. Posteriormente ella me puso en contacto con Marina Alzugaray en Florida, quien ha impulsado mucho el parto en agua también en Estados Unidos. Una vez conocíéndolas a ambas, fue que me empecé a meter de lleno en el parto en agua.

T: ¿Hay tradición de nacimiento en agua aquí en México?

K: El parto en agua no es nada nuevo, tal vez mucha gente lo considere una moda, pero existe evidencia, que cierto número de niños privilegiados en Egipto, hace muchísimos siglos nacían en agua. En la isla de Creta, igual que en México, hasta donde yo tengo entendido. Los hay en Veracruz, Chiapas, Oaxaca, inclusive aquí en la Huasteca de San Luis Potosí, hay grupos étnicos que tienen sus partos en los ríos. Hay gente inclusive que los tiene en algunas ensenadas en el mar, yo he sabido de ello, mas no tengo la evidencia.

T: ¿Qué futuro le ve usted al parto en agua en México?

K: Depende mucho de los médicos. En cuanto el médico le dé la aceptación, creo yo que va a crecer mucho. Actualmente es en Inglaterra en donde los

médicos están poniendo mucho más atención al parto en agua, al grado que tres revistas científicas de fama, ya están publicando con frecuencia sobre el parto en agua.

T: ¿Para usted cual es la ventaja de que un bebé nazca en agua?

K: Hay muchas ventajas. Creo yo que la primera es permitirle a la mujer el control del parto, evitar que el médico disponga del organismo de la mujer para hacer el parto como él quiere. Propiciar que la mujer pueda tener el parto en una forma natural, evitando algunas situaciones que pueden ser peligrosas como puede ser la analgesia epidural, o como puede ser el uso de la oxitocina, que mal utilizada puede ser riesgosa. El parto en agua es un parto natural que realmente implica muy pocos riesgos, tal vez menos que los que implica un parto hospitalario atendido en forma convencional.

T: ¿Trae algún beneficio al bebé?

K: Este ha sido un tema de debate durante mucho tiempo, de que si los bebés tienen algún beneficio de nacer en agua o no. Yo en lo personal aun y cuando estoy convencido del parto en agua, no podría asegurar que hay un beneficio para el bebé, pero tampoco hay algo que lo perjudique.

T: ¿Existe algún lugar donde se brinde el parto en agua a las mujeres de San Luis Potosí?

K: Bueno, por el momento no hay ningún centro dedicado al parto en agua, sin embargo hay partos en agua con parteras y con médicos a domicilio, en casa de la paciente, pero un hospital aquí en San Luis no lo hay. Es probable que el primer hospital en ofrecer esta opción sea en enero o febrero del año próximo, como hospital que brinde la atención de parto en agua.





En India aproximadamente 75% de los partos son atendidos por las parteras tradicionales (*dais*) y en áreas rurales y urbanas pobres hasta un 90%. Las *dais* adquieren su profesión a través del aprendizaje con una partera más grande, experimentada y, a menudo, de la familia. Las parteras tradicionales, depositarias de conocimientos culturalmente apropiados, trabajan con base en conceptos pertenecientes a la ideología indígena sobre el cuerpo humano. A pesar de esto son consideradas por el personal médico como no adiestradas ya que no practican según el modelo de la biomedicina. Así, la mayoría de los servicios públicos de salud para mujeres se basa en la medicina académica, mientras que en las comunidades pequeñas la medicina que se acostumbra es la tradicional y casi siempre las únicas que están ahí para resolver problemas de salud son las *dais*.

Hasta ahora no se ha logrado un estudio sistemático y amplio de los conocimientos indígenas sobre salud y cuerpo. El pro-

Recordando

nuestras tradiciones

Investigación sobre prácticas de la partería tradicional de India

Janet Chawla,

Coordinadora de Matrika (Motherhood and Traditional Resources, Knowledge, Information and Action)

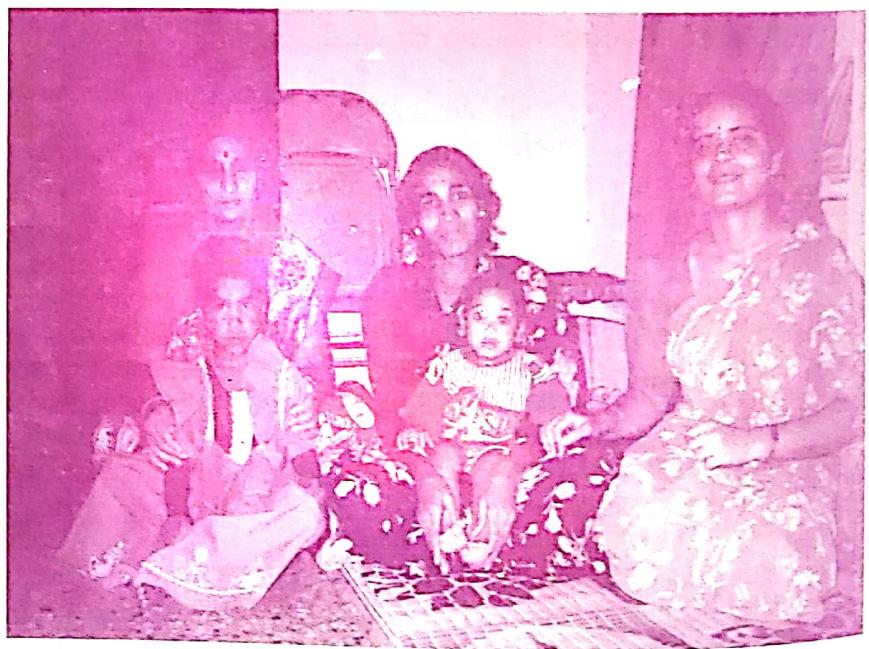
Nueva Delhi, India

yecto de investigación Matrika que abarca cuestiones de Género, Clase y Casta, tiene como propósito trabajar en la brecha entre los conocimientos de las mujeres sobre la salud y aquéllos del sistema de salud predominante.

Como parte del proyecto se han realizado talleres con las *dais* en cuatro áreas del norte de India a lo largo de dos años. Los hallazgos resaltan sus conocimientos sobre herbolar-

ria, masajes, rituales y otros métodos utilizados para dar apoyo y confianza a la parturienta, utilizados para diagnosticar, prevenir y curar. Con excepción de los rituales –más desconocidos y difíciles de ser comprendidos por la medicina alopática– todos los demás son de efectos positivos comprobados.

El método para diagnosticar, desde principios del embarazo hasta después del parto, se basa



en la habilidad de la partera en sentir con sus manos las manifestaciones de energía vital en el cuerpo de la madre. A partir de este concepto, conocido con el nombre de 'jee', como en la palabra 'jeevan' (vida), la atención a la salud es enfocada hacia la mujer. Por lo tanto el parto se mira como un proceso fisiológico más que patológico, perspectiva favorecida por la obstetricia moderna. Durante el posparto, desde el punto de vista de la medicina tradicional, la patología acontecerá como resultado del desequilibrio continuo de esa energía que solía alimentar y nutrir al feto durante el embarazo.

La etapa en la que el proyecto se encuentra ahora es

'validar' el uso que hacen las parteras de la medicina Ayurveda. En segundo lugar, intentaremos construir un cuadro explicativo dirigido a aquellos formados bajo el modelo biomédico incluyendo detalles que den cuenta de los mecanismos fisiológicos mediante los cuales el ritual y las imágenes facilitan y posiblemente ayudan a las mujeres en sus procesos curativos.

Estamos conscientes de lo ambicioso de este proyecto cuya meta incluye la creación de un lenguaje médico sencillo pero significativo para ser utilizado en los cursos de entrenamiento en salud en India. Necesitamos apoyo para

continuar y de antemano les agradecemos ideas o cualquier tipo de apoyo que nos puedan hacer llegar.

Nota de la editora:

Acabamos de recibir una copia del video que Matrika realizó como parte de este proyecto de investigación. Es un acervo riquísimo de información, sensiblemente capturado por su realizadora Jain Samme-ra. Les sugiero que se lo soliciten.

La dirección de correo electrónico de Sublunar Films es:

sameeraj@bol.net.in

MATRIKA

Motherhood & Traditional Resources
Information Knowledge & Action
120 Sunderhagar,
New Delhi, 110003, India
matrika@unv.ernet.in



Informando

VII Convención Anual de Parteras y IV Curso de Partera a Partera

En San Luis Potosí se llevó a cabo la VII Convención Anual de Parteras y el IV Curso de Partera a Partera. Entre lo que las organizadoras dijeron en la inauguración de ambos eventos estuvieron:

Nos sentimos muy orgullosas de ser parteras y de ver a tantas parteras juntas aquí en San Luis Potosí que es un estado en el que las parteras tenemos más apoyo de las instituciones de salud, porque hemos oído de parteras de otros estados cosas como las siguientes: "la verdad tengo miedo pues necesitamos llevar a las parturientas y muchas veces no nos las reciben

y si saben que se atendieron con una partera, en lugar de recibirla le dicen que se regrese con quien la estaba atendiendo".

Necesitamos más diálogo con los médicos, pues ellos saben resolver complicaciones que llegan a nosotras; tener más comunicación entre parteras y médicos para dar mejores resultados de nuestro trabajo.

Son muy importantes estos encuentros pues nos ayudan a conocer los problemas que tienen las parteras y como lo están resolviendo en cada uno de los lugares. ¡Vamos a formar una red de parteras!

Gracias a M.A.N.A., S.S. de S.L.P. y al CMSR del mismo estado.



Primer Foro Regional de Parteras Tradicionales

El Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas organizó durante el año 2000, varios talleres con parteras chiapanecas a lo largo y ancho del estado. El propósito fue escucharlas hablar de su situación y crear una red con el fin de articular estrategias de colaboración en conjunto con las instituciones para lograr una mejor atención a la salud de las mujeres.

Los días 24 y 25 de noviembre se reunieron parteras participantes de los talleres previos, además de representantes de instituciones y organizaciones civiles que realizan trabajo con parteras indígenas, para celebrar del Foro Regional de Parteras Tradicionales en la ciudad chiapaneca de San Cristóbal de las Casas. Varios temas solicitados por las mismas parteras fueron tratados, entre ellos:

1) Reanimación del recién nacido; 2) Planificación familiar; 3) Demostración de prácticas benéficas de la partería indígena; 4) Violencia intrafamiliar; y 5) Cómo mejorar las relaciones con las instituciones de salud.

Las parteras tuvieron oportunidad de aprender y practicar técnicas de reanimación cardio pulmonar con la guía de un médico y el auxilio de maniquíes especialmente diseñados para el entrenamiento de estas habilidades. En torno a la planificación familiar, expresaron que son los hombres quienes deciden si la mujer va a tener 10 o 12 hijos y como a "ella" la enseñaron desde chiquita a ser obediente y como él es quien tiene el dinero pues la mujer no puede decidir ni se preocupa por tener una buena salud. El esposo casi nunca se hace responsable ni le preocupa la vida de su mujer; "nos cuesta mucho trabajo convencerlos y a la familia también de la necesidad de trasladar a una mujer", expresaron varias parteras.

Se presentaron dos videos sobre prácticas culturales indígenas: el de Atención al parto por parteras de los Altos de Chiapas (OMIECH) y el de "Sobada y Manteada" (Ticime). A las parteras les gustó mucho verificar que las técnicas que ellas utilizan son semejantes a las mostradas en este último video por parteras de otros estados de la República. Con relación al tema de la violencia

intrafamiliar o doméstica, se habló de que muchas mujeres son víctimas de sus maridos, especialmente cuando están borrachos. En una ocasión uno de ellos corrió de su casa a su esposa con un machete, después de haberla golpeado, y la partera fue a hacer la denuncia pero nunca lo castigaron pues "los hombres ayudan a los hombres" dijo la partera.

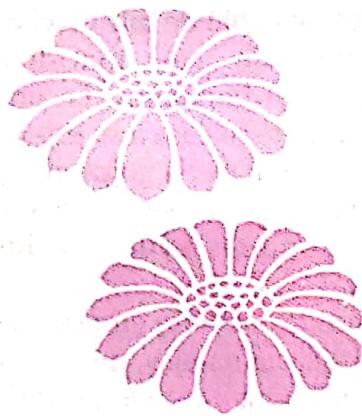
Lo que ahora hacemos las parteras en nuestras comunidades es dar pláticas a parejas, mujeres y hombres a la vez, para que estos vayan respetando los derechos de ellas a planificar, estudiar, a salir y a no ser maltratadas.

Por otro lado, en cuanto a cómo mejorar el trato a las parteras por parte del personal de las instituciones los médicos presentes reconocieron la importancia de que al impartirles cursos se tomen en cuenta los valores y aprendizajes de la cultura de cada partera, además de identificar prácticas que pueden ser peligrosas. Señalaron que entre sus propósitos a futuro se incluyen:

Romper resistencia de médicos y enfermeras de no quererse relacionar con parteras. Una vez que se rompa esa barrera, llevar a cabo reuniones con respeto, intercambio de ideas y planes de trabajo. Y tanto médicos como enfermeras lleven a cabo reuniones con las parteras para ver dar seguimiento a sus tareas –facilidades y obstáculos– y planear nuevas estrategias juntos para aumentar la calidad y los logros de su trabajo.

Así mismo, como una de las conclusiones, se subrayó la necesidad de ampliar la preparación de médicos y enfermeras –en especial de quienes van a trabajar a zonas rurales– abarcando el estudio de la medicina tradicional, sus conceptos y prácticas pues sólo con este entendimiento se podrá dar respeto y apoyo genuino al trabajo de los terapeutas tradicionales.





Recetas, trucos y demás...

Para ayudar a acomodar a un bebé que viene "posterior"

Baura Cao-Romero Alcalá

Partera, México, D. F.

Antes de nacer, cuando un bebé recarga la espaldita contra la espalda de su mamá, aunque venga de cabecita, se le llama que está en posición 'posterior'. Esta no es la mejor posición para que nazcan pues hace que los partos se vuelvan muy largos y dolorosos, terminando con mucha frecuencia en cesárea.

Últimamente me han tocado varios partos que vienen mal acomodados. Preocupada por esto empecé a preguntar a mis colegas y comparto con ustedes lo que me enseñaron.

1. La comodidad de la vida moderna, estar mucho sentada, especialmente en asientos muy suaves, ver mucho la tele en esta posición, en lugar de estar sentada con la espalda recta, promueven que el bebé se vaya recargando hacia atrás. Hay que recomendar que se sienten derechitas sobre respaldos verticales, de preferencia en las últimas semanas.
2. Si un bebé se acomoda en el lado derecho de su madre, como casi siempre para nacer rotan hacia la derecha, es muy probable que al empezar el trabajo de parto quede colocado en posterior, hacia atrás. Para favorecer que el bebé se vaya acomodando desde antes de nacer hacia el lado izquierdo en la pancita de su mamá, aconsejemos a la mami que duerma sobre su lado izquierdo, en los últimos dos meses de su embarazo.
3. Si para la semana 36 al palpar el abdomen, no se puede tocar la espaldita del bebé o su latido se oye lejano, hay que recomendar a la mujer que se ponga en posición de 'rana' con las nalgas más arriba que el resto del cuerpo, por lo menos 20 minutos en la mañana y 20 por la noche.
4. Hay un tipo de 'manteada' (masaje con un rebozo) pero al revés. Se le pide a la mujer que se ponga 'a gatas' y se le coloca el rebozo sobre su abdomen y la partera parada por atrás sostendrá los extremos del rebozo. Luego procede a 'mantear', es decir a mover el rebozo en movimientos rítmicos de un lado hacia el otro a manera de mover el abdomen con suavidad. Esto puede 'desatorar' al bebé y permitirle que se acomode.
5. Si de todas maneras el bebé permanece en 'posterior' al iniciarse el trabajo de parto, lo más seguro es que la parturienta se queje de dolor en la espalda baja (sacro). Se le puede ayudar poniéndole una bolsa de agua o cojín calentito, darle masaje o presionar sobre la parte adolorida en el momento de la contracción. Por supuesto que se sentirá mejor si camina o descansa echando el cuerpo hacia delante, que si permanece sentada o acostada.

Muchos bebés rotan, otros pueden nacer en esta posición, viendo hacia el frente de la mamá; parece que también tiene que ver la forma de la pelvis de la madre. Se necesita más confianza por parte de la mamá y más paciencia por parte de la partera en este tipo de partos, para darle su tiempo al bebé a que se acomode.

Recomendaciones para la Atención del Parto Normal *

| CATEGORÍA A | CATEGORÍA B | CATEGORÍA C | CATEGORÍA D |
|--|--|--|--|
| <p><i>Prácticas que han demostrado ser útiles y deben fomentarse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un plan de parto por la mujer embarazada y su familia. • Determinación de riesgos durante el embarazo y el parto. • Monitoreo del bienestar físico y emocional de la mujer durante el trabajo de parto y el nacimiento. • Disponibilidad de líquidos durante la labor y el parto por medio oral. • Respeto a la elección de la mujer del lugar del parto. • Atención del parto con calidad y donde la mujer se sienta segura y confiada. • Respeto al derecho de la mujer a la privacidad en el lugar del parto. • Métodos no invasivos y no farmacológicos para aliviar el dolor en el parto, tales como masajes y técnicas de relajación. • Monitoreo fetal con auscultación intermitente. • Libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto. • Evitar posición supina durante el trabajo de parto. • Monitoreo cuidadoso del progreso durante el trabajo de parto mediante uso del partógrafo OMS. • Contacto temprano piel a piel entre la madre y el niño y apoyo para el inicio de la lactancia en la primera hora postparto. | <p><i>Prácticas claramente dañinas o inefectivas y que deberán eliminarse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación rutinaria del enema. • Uso rutinario del afeitado del vello púbico. • Aplicación rutinaria de soluciones intravenosas durante el trabajo de parto. • Aplicación profiláctica de cánula intravenosa por rutina. • Utilización rutinaria de posición supina durante el trabajo de parto. • Examen rectal. • Uso de rayos X para medir la pelvis. • Administración de oxitócicos durante el trabajo de parto de manera que su efecto no pueda ser controlado. • Uso rutinario de la posición de litotomía con o sin pierneras. • Esfuerzos de pujo dirigidos y sostenidos (Maniobra Valsalva) durante la fase expulsiva del parto. • Masaje y estiramiento del perineo por parte de la persona que asiste el parto durante la etapa de expulsión. • Uso de tabletas e inyecciones de ergonovina (Methergin) durante el tercer periodo. • Examen rutinario de lavado y revisión de cavidades. • Examen rutinario de la placenta y las membranas. | <p><i>Prácticas en que no existe evidencia suficiente y deben ser utilizadas con cautela en espera de más resultados de investigación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Métodos no farmacológicos para reducir el dolor del parto, como herbolaria, inmersión en agua y estimulación de los nervios. • Amniotomía temprana de rutina en la primera etapa del parto. • Presión en el fondo uterino durante el parto (Kristeler). • Maniobras relacionadas con la protección del periné y del manejo de la cabeza fetal al momento del nacimiento. • Manipulación activa del feto al momento de nacer. • Aplicación rutinaria de oxitocina, tracción del cordón o la combinación de ambas durante la tercera etapa del parto. • Pinzamiento inmediato del cordón umbilical. • Estimulación de los pezones para aumentar la contractibilidad uterina durante la tercera etapa del parto. | <p><i>Prácticas que con frecuencia son utilizadas inapropiadamente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Restricción de alimentos sólidos y líquidos durante el parto. • Control del dolor mediante agentes sistémicos. • Control del dolor mediante anestesia epidural. • Monitoreo fetal electrónico. • Uso de uniforme y tapabocas estériles durante el parto. • Exámenes vaginales frecuentes y repetidos especialmente por más de un proveedor de salud. • Conducción del parto con oxitocina. • Movilización rutinaria de la parturienta a un cuarto diferente al inicio del segundo periodo del parto. • Cateterización de la vejiga. • Recomendar a la mujer que puje cuando la dilatación se ha completado, antes de que ella sienta deseos de empujar. • Rigidiz en limitar a una hora la duración de la segunda etapa del parto, si las condiciones maternas y fetales son buenas y hay progreso en el parto. • Operación Cesárea. • Uso rutinario o liberal de episiotomía. • Exploración manual uterina (Kristeler). |

* Resumido de: Carc in Normal Birth. Who/FRH/MSM/96.24 (Organización Mundial de la Salud).

Al rededor del mundo

Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y Nacimiento

Laura Cao-Romero Alcalá

partera

México, D.F.

Hace quince años que la Organización Mundial de la Salud organizó la Conferencia sobre Tecnología Apropriada en el Parto, en la ciudad de Fortaleza, Brasil. Un año y medio que la Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos a la Luz de la Humanización, tuvo lugar en la misma ciudad. Y hace un mes, del 2 al 4 de noviembre, también en Fortaleza, una comunidad internacional de personas interesadas en los cuidados maternos se dio cita para conocer y discutir diversos temas sobre la humanización del parto y el nacimiento.

El objetivo de esta Conferencia fue conocer más a fondo la situación global de la salud materna y perinatal, para así conseguir un mayor impacto en la tarea de fortalecer el modelo humanizado de los servicios al nacimiento en el nuevo milenio.

“Durante el siglo 20, los avances científicos y tecnológicos han influido en todos los aspectos de nuestras vidas, inclusive en la manera como nacemos. En muchas partes del mundo, cambios rápidos y arbitrarios en la asistencia al parto y al nacimiento han resultado frecuentemente en el uso excesivo de tecnología perinatal, en la pérdida de modelos asistenciales basados en las comunidades (modelo social) y en la superpoblación atendida en los grandes hospitales”, decía la invitación a participar. Parteras profesionales (matronas, obstetras, enfermeras) y tradicionales, educadoras y doulas, médicos obstetras y pediatras, organizaciones de consumidores y de mujeres, administradores de salud, epidemiólogos, científicos sociales, diseñadores de políticas, agentes de medios de comunicación, mujeres gestantes y sus familias llenaron los salones. Se esperaban 1000 asistentes pero el número de participantes llegó casi a 2000, principalmente de América, y algunos de Europa y Asia.

Intercambio interesantísimo de iniciativas –desde Japón hasta Brasil- en esos tres días: Trabajos en los que se ha logrado incorporar la asistencia humanizada al parto y nacimiento al concepto de la maternidad sin riesgos. Reportes de proyectos humanizadores en que ambas partes quedan satisfechas, tanto mujeres como proveedores de salud. Estudios científicos en los que la importancia de prácticas sociales como el acompañamiento por parte del padre o un ser querido, masajes, libertad en la posición al parir, entre otras, se confirma. Seguimientos a prácticas rutinarias, como la episiotomía y el monitoreo fetal electrónico, en donde no se ha comprobado beneficio alguno para madres o recién nacidos. Se habló también sobre papeles, relaciones y colaboración entre profesionales médicos, parteras y otros asistentes al parto. Finalmente, se escucharon voces de mujeres embarazadas y madres jóvenes en sus demandas de respeto a sus deseos y planes de participación activa en los momentos de parir y recibir a sus bebés. Como conclusión de los trabajos durante la Conferencia, se redactó un documento básico, la Declaración de Ceará, que sirve de eje a las metas del siglo que se encuentra ya en el umbral.

Me siento muy afortunada de haber participado y gozado de la hospitalidad, entusiasmo y espíritu de la gente brasileña, especialmente quienes organizaron este evento, de manera fundamental el grupo de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), quienes con su apoyo han ayudando a parir un esfuerzo que ya está uniendo las fronteras, los oficios y las profesiones con un fin mutuo: alentar a todos y a todas a dar respeto y solidaridad a las mujeres, además de suavizar y tornar más amorosa la llegaba de un nuevo ser.

La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto se celebró del 2 al 4 de noviembre de 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil. Ésta fue organizada por los integrantes del movimiento brasileño para la humanización, estuvo auspiciada por el Proyecto Luz y fue promovida por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). En la Conferencia se identificaron hallazgos de suma importancia sobre los cuales pudo definirse con precisión al concepto humanización con la expectativa de que éste sea centro y base para el desarrollo de una sociedad sustentable en el naciente siglo 21.

Humanización

Este concepto designará a un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la autotransformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión hacia, y en unión con:

- ♣ con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza;
- ♣ con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; y

Declaración de Declaración de Ceará, Brasil Ceará, Brasil en torno a la en torno a la Humanización Humanización del Parto del Parto

♣ con personas que nos sucederán futuro, así como con quienes nos han antecedido.

La humanización es indiscutiblemente un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida.

La humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del acontecer humano, como:

**parto y nacimiento,
enfermos en etapa terminal,
ancianos,
discapacitados,
salud y enfermedad,**

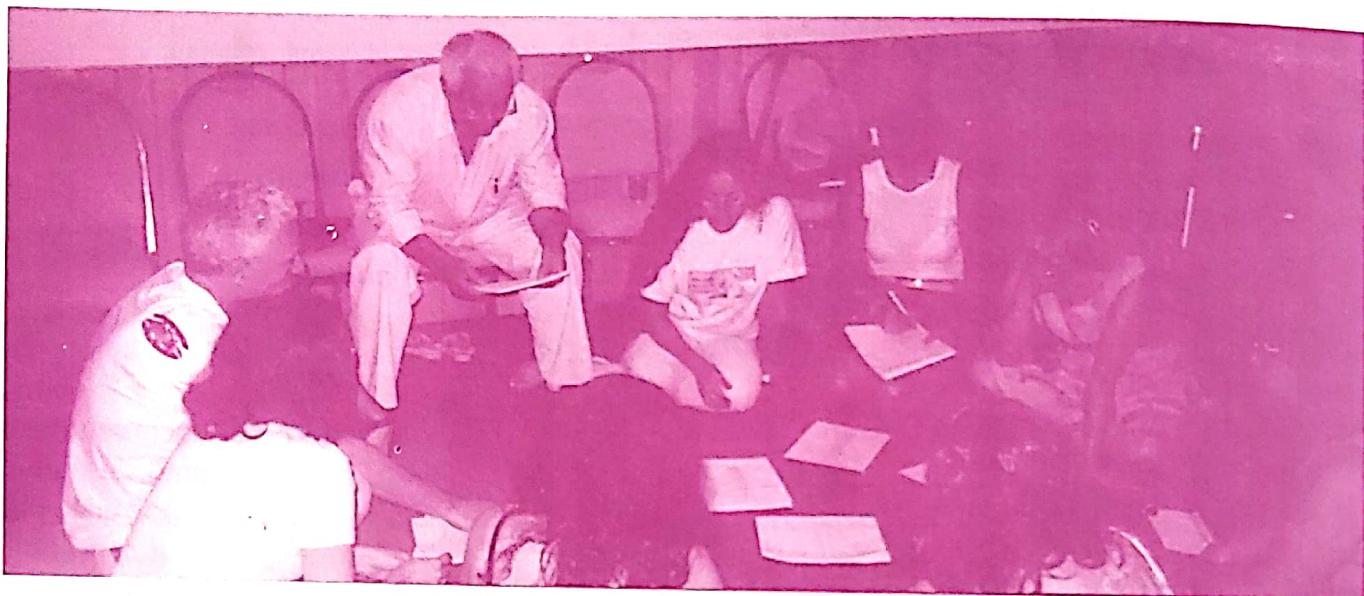
**educación,
ambiente,
economía,
política,
cultura, y
pobreza.**

El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras.

Por todo lo anterior, esta Conferencia propone la humanización como concepto central para el desarrollo de las sociedades sustentables del siglo 21. Instamos, además, a todos los gobiernos, a los organismos adscritos a las Naciones Unidas y a las organizaciones internacionales y no gubernamentales a dar inicio y participar proactivamente en la promoción de la humanización.

Original en inglés. Traductoras al español: Debbie Díaz Ortiz, Partera y Luz Nereida Pérez, asesora en com. escrita.

Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento



Nos da mucho gusto participarles que el día 5 de noviembre de 2000 nació la Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN). Esta red surgió como resultado de los trabajos durante la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y el Nacimiento en la ciudad de Fortaleza, Brasil, los días 2 al 4 noviembre de 2000.

Sesenta personas de doce países de esta región, además de colaboradores especiales del extranjero, nos dimos cita al día siguiente de terminada la conferencia, y coincidimos en la necesidad urgente de fortalecer las iniciativas locales por el mejoramiento de los servicios y programas de salud en torno a todo el ciclo de la maternidad, mediante el entretejido de estrategias y acciones exitosas.

Aceptar este primer compromiso nos hace sentir más cerca de los siguientes objetivos:

- Promover la humanización, y así el redescubrimiento de lo que es normal durante el ciclo reproductivo y neonatal.
- Favorecer, desde el embarazo y antes, los derechos y el rol protagónico de la mujer que pare y el bebé que nace, ofreciéndoles un ambiente de seguridad, confianza y respeto, además de habilidades técnicas.
- Reconocer el potencial que la partería profesional y tradicional tienen en el logro de esta meta, en atención a sus necesidades y realidades y en especial consideración a las que asisten poblaciones de alta marginación.
- Propiciar el inicio y la evolución de estrategias y acciones conducentes al mejoramiento de programas y políticas gubernamentales con base en las evidencias científicas.
- Diseminar información y llevar a cabo estudios en torno a modelos y prácticas benéficas en tanto de protocolos médicos y hospitalarios como al de prácticas inherentes al modelo social.

Para el logro de los objetivos mencionados, la expansión de la Red se hace evidente y es por ello que les solicitamos:

- Proponer a personas idóneas para colaborar con las metas de esta Red.
- Expresar opiniones para mejorar éste y otros documentos que, después de haber llegado a sus manos, alcanzarán a más individuos y organizaciones.
- Estar atentos y abiertos a escuchar las opiniones de las diferentes personas integrantes o invitadas a formar parte de la Red.
- Exponer puntos de vista acerca de la incorporación efectiva de las recomendaciones sobre la atención segura al parto y nacimiento propuestas por la Organización Mundial de la Salud.

Les hacemos una invitación a establecer vínculos con esta Red, para juntos trabajar hacia

la meta de la humanización. De esta forma ser parte de las transformaciones necesarias para lograr sociedades sustentables que puedan disfrutar de una vida plena en el siglo 21.

Un abrazo muy afectuoso,

Gilda Vera
Coordinadora de América del Sur
Debbie Díaz-Ortiz
Coordinadora del Caribe.
Laura Cao-Romero
Coordinadora de México y Centro América.

Lista de países y colaboradores presentes en el taller, Encuentro Latinoamericano sobre la Humanización del Nacimiento, donde se creó RELACAHUPAN:

Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Estuvieron presentes las organizaciones brasileñas, Red para la Humanización del Parto y el Nacimiento (REHUNA)

Participan como asesoras científicas las investigadoras: Jo Murphy-Lawless, socióloga; Denise Arnold, antropóloga; Beverly Beech, Coordinadora de la Asociación para el Mejoramiento de los Servicios Maternos (AIMS); Robbie Davis-Floyd, antropóloga; Amanda Risser, estudiante de medicina y el pedagogo Daisuke Onuki, organizador de la Conferencia y miembro de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). Y como asesores técnicos, profesora partera Lesley Page, directora del Departamento de Partería de la Universidad de Columbia Británica, Carlo R. Burgo, ginecólogo obstetra, Simone Diniz de la Red Nacional Feminista de Salud y Derechos Reproductivos (Rede Saúde) y Ricardo H. Fescina, Médico y Consultor en Perinatología, Salud Reproductiva y Familia de la OPS/OMS.

El encuentro fue posible gracias al apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), quienes ofrecieron becas a varios de los participantes en este taller.



Materiales didácticos para parteras

Video *Sobada y manteada* (en español o inglés). Tres parteras mexicanas recrean los masajes más utilizados durante el embarazo y el parto. Grupo Ticime, A.C. Duración 18 minutos.

Video *Parir y Nacer* (en español o inglés). Es una película sobre el proceso fisiológico del nacimiento. La primera parte trata de los aspectos emocionales del parto: la entrega, el soltarse, abrirse, rendirse y vencer. La segunda parte, mediante tomas reales y animaciones en tercera dimensión, muestra los mecanismos del parto y alumbramiento. Autores: partera Karin Berghammer y Drs. Regine Ahner y Peter Husslein en colaboración con la Clínica de la Mujer de la Universidad de Viena, Austria.

Mayor información y pedidos a:
Ticime, Cerrada Flor de Agua
11, 01030, México, D. F.
Tel. 5661 6832 fax 5662 5376
correo-e: ticime@laneta.apc.org

Parteras

Grupo Ticime A.C.

Red, Documentación y Servicios de Partería
WWW.parteras.org



Distrito Federal

Cerrada Flor de Agua #11 Col. Florida C.P. 01030

Tel (52) 56 61 68 32 Fax. (52)56 62 53 76.

ticime@laneta.apc.org

Tepoztlán

Camino a Meztitla # 4

Valle de Atongo

Tepoztlán, Morelos

C.P. 62520

Tel(52) 01 739 50 750.

parteras@laneta.apc.org

Cuernavaca

Alvaro Obregón #103

Col. Centro,

junto a la Clínica Borda.

Cuernavaca, Morelos.

C.P. 62000

Tel. (52) 01 731 21 836

paulinafp@infosel.net.mx

En el Centro de Documentación de Ticime disponemos de libros, revistas y videos sobre:

Parto natural Parto en agua Partería tradicional Partería profesional
Lactancia y cuidados al recién nacido Desarrollo y estimulación temprana
Planificación familiar Sexualidad Enfermedades de transmisión sexual
Derechos reproductivos Antropología médica

Revistas y periódicos sobre salud

Nuestro servicio al público es de

10:00 a 15:00 hrs.

Directorio

Titular de la publicación

Laura Cao-Romero

Domicilio de la publicación

Grupo Ticime, A. C.

Cerrada Flor de Agua 11, 01030,

México, D. F.

Tel. 5661 6832 fax 5662 5376

correo-e: ticime@laneta.apc.org

www.parteras.org

Imprenta

Multiediciones California

Xola 181-A, Col. Alamos,

México, D. F.

Compilación y edición

Laura Cao-Romero A.

Ana Victoria Jiménez

Maritza Balbuena C.

Colaboradoras

Lourdes Bravo, Debbie Díaz Ortiz,

Joni Nichols, Reyna Hernández,

Cathy Urroz de Arce, Karen Lusnia y

Ma. Luisa Krieger

Correspondentes en EUA

(hispanohablantes)

Pilar A. Parra Tel. (607) 255-0063

Internet: pap2@cornell.edu

Distribución

Grupo Ticime, A. C.

Licencia de título

6811 Secretaría de Gobernación

Licencia de contenido

7315 Secretaría de Gobernación

Reserva de derechos

1740-93 Secretaría de Educación Pública

Con tu donativo a Grupo Ticime, A. C. ayudas a que este boletín se distribuya gratuitamente a parteras de zonas alejadas.

Grupo Ticime, A. C. es un Centro de Documentación y Apoyo a la Partería.

¿Qué significa *Ticime*?

Parteras, es el plural de *tícitl* como se llamaba a la partera o curandera en una variedad de la lengua náhuatl.

¿Qué hace *Ticime*?

- Reune materiales y bibliografía sobre la atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido; así como documentos sobre partería, local y foránea.
- Desarrolla una red entre parteras de distintas regiones al interior de México y de países latinoamericanos.
- Difunde el modelo de partería como un servicio de calidad en la atención primaria a la salud de mujeres y bebés.

Los artículos publicados expresan la opinión del (la) autor(a), no necesariamente del Grupo Ticime. Se autoriza su difusión por cualquier medio, siempre y cuando se dé el crédito correspondiente a su autor y a esta publicación.

¿Por qué a la partera (lega, empírica, tradicional) no se le reconoce como profesión?

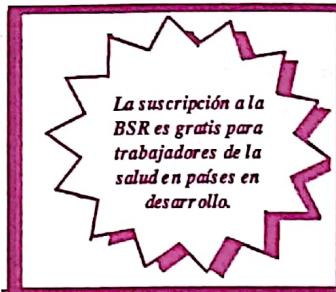
Porque a ti partera, curandera,
tu hambre de conocimiento ha sido saciada por
las abuelas,
por las mujeres, hombres y niños que acuden a ti,
por la tierra que te da sus medicinas,
por las parturientas en peligro que a tu puerta
llaman,
por ingeníártelas al cruzar la puerta de las
instituciones
por aliviar las necesidades de las puérperas sin
pan
y sus nenes sin cobijas
por la soledad de tu pueblo sin luz, agua, ni
carreteras.

Tus conocimientos son invisibles para la medicina
académica,
pero tu ciencia te la ha dado Dios.
No dejes que te la quite el hombre.



*La Biblioteca de
Salud Reproductiva
de la OMS (RHL)*

PNUD/FNUAP/OMS/ Banco Mundial Programa Especial de Investigaciones
Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.
Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2000



La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (BSR) desea hacer accesible a los profesionistas y trabajadores de la salud en países en desarrollo esta publicación electrónica enfocada hacia la solución de los problemas de salud reproductiva basada en evidencias científicas. Cada año un equipo de especialistas selecciona reseñas de artículos provenientes de La Biblioteca **Cochrane** y agrega comentarios y recomendaciones pertinentes a situaciones sanitarias en países en desarrollo.

- Intervenciones para la anticoncepción de emergencia
- Antibióticos para el aborto incompleto
- Medicamentos para el tratamiento de la presión arterial muy elevada en el embarazo
- Suplementación con calcio durante el embarazo
- Suplementación con vitamina A para niños de muy bajo peso al nacer

En esta ocasión la OMS pone a su disposición la versión No. 3, en lengua española. En tres disquetes se incluyen 51 revisiones '**Cochrane**'. Algunos de los temas de este número son:

La versión española de BSR es una colaboración entre la OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Secretaría General Técnica; Cooperación Española.

Producida por Update Software, Ltd., por encargo de la Organización Mundial de la Salud.

Editores Coordinadores
Metin Gürmezoglu, OMS, Ginebra, Suiza José Villar, OMS, Ginebra, Suiza

Editor Científico para la edición en español
Juan C. Vázquez, La Habana, Cuba.

Editor Técnico
Jitendra Khanna, OMS, Ginebra, Suiza.

Editores Regionales
Guillermo Carrolí, Argentina
Linan Cheng, China
Justus Hofmeyr, Sudáfrica
Ana Langer, México
Pisake Lumbiganon, Tailandia
Ken Schultz, E.U.A.

Forma de suscripción para la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (escriba en letra de bloque o a máquina).

Nombre _____ Título _____

Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

País _____

Correo Electrónico _____

Envíe esta forma a:

J. Khanna
HPR/RHR, Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27, Switzerland
Fax: 41 22 791 4171